**Załącznik nr 2/4**

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

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

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

* 1. **Poradni Chirurgicznej** zawierający:
* Laser do usuwania znamion w ilości 1 sztuki,
* Rektoskop w ilości 1 sztuki,
* Diatermia w ilości 1 sztuki,
* Piła do zdejmowania gipsu w ilości 1 sztuki,
* Wiertarka w ilości 1 sztuki,
* Lampa zabiegowa w ilości 1 sztuki,
* USG w ilości 1 sztuki,
  1. **Poradni Ginekologiczno- Położniczej** zawierający:
* Aparat do krioagulacji w ilości 1 sztuki,
* KTG z przystawką do ciąży bliźniaczej i z dwiema analizami w ilości 1 sztuki,
* USG w ilości 1 sztuki,
* Fotel ginekologiczny z wyposażeniem i z leżanką w ilości 1 sztuki,
* Detektor tętna płodu w ilości 1 sztuki,
  1. **Poradni Reumatologicznej** zawierający:
* Densytometr w ilości 1 sztuki,
  1. **Poradni Zdrowia Psychicznego** zawierający:
* Aparat EEG w ilości 1 sztuki,

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.**

1. Poradnia Chirurgiczna.

**Laser do usuwania znamion w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Laser frakcyjny CO2 | | | TAK | |  | |
|  | Długość wiązki: min. 10.6µm±0.1µm | | | TAK | |  | |
|  | Średnica plamki: min. 0.08mm~0.12mm | | | TAK | |  | |
|  | Tryb pracy: Normalny i frakcyjny | | | TAK | |  | |
|  | Moc wyjściowa lasera: | | | TAK | |  | |
|  | a) Tryb normalny: min. 1W~30W, 1W; | | | TAK | |  | |
|  | b) Tryb frakcyjny: min. 0.1mJ~300mJ, 0.1mJ. | | | TAK | |  | |
|  | Zamknięty system chłodzenia, za pomocą wody. | | | TAK | |  | |
|  | Napięcie: a.c. min. 220V 50Hz. | | | TAK | |  | |
|  | Moc wejściowa: min. 600W. | | | 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.*

**Rektoskop w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Rektoskop halogenowy min. 6V. | | | TAK | |  |
|  | Badane pole oświetlane zimnym jednorodnym światłem, bez cieni i odblasków. | | | TAK | |  |
|  | Głowica światłowodowa wyposażona w zamykane okienko z uszczelką z neofrenu. | | | TAK | |  |
|  | W zestawie min.: | | |  | |  |
|  | Głowica światłowodowa | | | TAK | |  |
|  | Rękojeść 6V zintegrowana ze źródłem światła | | | TAK | |  |
|  | Zasilacz sieciowy | | | TAK | |  |
|  | Balon do insuflacji | | | 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.*

**Diatermia w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
| 1. | Aparat przeznaczony do zabiegów chirurgicznych | | | TAK | |  | |
| 2. | Urządzenie umożliwiające pracę w trybie mono i bipolarnym. | | | TAK | |  | |
| 3. | Zabezpieczenie przeciwporażeniowe  Klasa I CF | | | TAK | |  | |
| 4. | Częstotliwość pracy generatora  333kHz +/- 10% | | | TAK | |  | |
| 5. | Pobór mocy max. 200W | | | TAK | |  | |
| 6. | Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji – 5 poziomów, bez możliwości całkowitego wyciszenia. | | | TAK | |  | |
| 7. | Natężenie sygnału dźwiękowego alarmowego zgodnie z normą 60601-2-2 nie mniej niż 65 dBA | | | TAK | |  | |
| 8. | Autotest urządzenia oraz podłączonego osprzętu po włączeniu zasilania. | | | TAK | |  | |
| 9. | Wykrywanie nieprawidłowej pracy oraz sygnalizacja wizualna i dźwiękowa wykrytych nieprawidłowości. | | | TAK | |  | |
| 10. | Aparat zabezpieczony przed impulsem defibrylacji zgodnie z normą EN 60601-1 | | | TAK | |  | |
| 11. | Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu. | | | Tak | |  | |
| 12. | System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu.  Niepoprawna aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowana dźwiękowo i wizualnie. | | | Tak | |  | |
| 13. | Możliwość pracy z elektrodami jednorazowymi dzielonymi lub wielorazowymi. | | | Tak | |  | |
| 14. | Aparat mikroprocesorowy, wyposażony w system automatycznego dopasowania mocy wyjściowej do warunków pracy. Procesor w czasie rzeczywistym dokonuje pomiarów wszystkich parametrów pracy i na bieżąco dopasowuje parametry mocy, prądu i napięcia, aby uzyskać wybrany efekt. | | | Tak | |  | |
|  | Aparat wyposażony w niezależne gniazda:   1. elektrody monopolarnej umożliwiające podłączenie standardowych narzędzi monopolarnych ze złączem europejskim (3-pin) 2. elektrody bipolarnej umożliwiające podłączenie standardowych narzędzi bipolarnych ze złączem 29mm (2-pin) 3. elektrody neutralnej 4. włącznika nożnego | | | Tak | |  | |
|  | Płaski panel sterowania z przyciskami. Łatwy do utrzymania w czystości. Bez wystających elementów. | | | Tak | |  | |
|  | Cyfrowe wyświetlacze wybranego efektu pracy. | | | Tak | |  | |
|  | Odrębna regulacja nastaw dla koagulacji monopolarnej, bipolarnej oraz cięcia monopolarnego. | | | Tak | |  | |
|  | Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktywowanego trybu pracy. | | | Tak | |  | |
|  | Cięcie monopolarne z mocą regulowaną automatycznie w zakresie do 120W. Minimum dwa rodzaje cięcia.  Możliwość wyboru min. 8 różnych efektów tkankowych dla każdego z dostępnych trybów cięcia. | | | Tak | |  | |
|  | Koagulacja monopolarna z mocą regulowaną automatycznie w zakresie do 120W. Minimum dwa rodzaje koagulacji.  Możliwość wyboru min. 8 różnych efektów tkankowych dla każdego z dostępnych trybów koagulacji. | | | Tak | |  | |
|  | Koagulacja bipolarna z mocą regulowaną automatycznie w zakresie do 120W.  Możliwość wyboru min. 8 różnych efektów tkankowych. | | | Tak | |  | |
|  | Aktywacja cięcia i koagulacji monopolarnej włącznikiem nożnym lub przyciskami w uchwycie. | | | Tak | |  | |
|  | Rozpoznawanie podłączonego włącznika nożnego (1-przcisk. / 2 przycisk.) | | | Tak | |  | |
|  | Możliwość możliwością rozbudowy o moduł bezprzewodowego włącznika nożnego. | | | Tak | |  | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | Tak | |  | |
|  | Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe z systemem rozprowadzającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody, nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, powierzchnia przewodząca 110cm2, bez ograniczenia mocy maksymalnej, op. 50 szt, 1 op. | | | Tak | |  | |
|  | Włącznik nożny 1-przyciskowy, kabel 5m, wtyk 6-pinowy, 1 szt. | | | Tak | |  | |
|  | Kabel elektrody neutralnej jednorazowej, dł. 3m, wtyk płaski, 1 szt. | | | Tak | |  | |
|  | Szczypce bipolarne, kątowe, igła, dł. 110mm, 12 szt. | | | Tak | |  | |
|  | Kabel bipolarny, dł. 3m, złącze proste, wtyk 2-pin 29mm, 2 szt. | | | Tak | |  | |
|  | Uchwyt elektrody 4mm, wąski, 2 przyciski, kabel 3m, wtyk 3-pin, 1 szt. | | | Tak | |  | |
|  | Kulka prosta 4mm, 1 szt. | | | Tak | |  | |
|  | Elektroda igła prosta, 0,5mm, uchwyt 4mm, 1 szt. | | | Tak | |  | |
|  | Elektroda nóż prosty, 25mm, uchwyt 4mm, 1 szt. | | | Tak | |  | |
|  | Uchwyt jednorazowy z elektrodą, nóż, 2 przyciski, kabel dł. 3m, wtyk 3-pin, sterylny, op. 10szt., 1 op. | | | 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.*

**Piła do zdejmowania gipsu w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Moc min. 500 W | | | TAK | |  | |
|  | Obroty regulowane stopniowo w zakresie min. 6500 – 24000 / min. | | | TAK | |  | |
|  | Waga z kablem maks. 1,5kg | | | TAK | |  | |
|  | Kabel min. 5m. | | | TAK | |  | |
|  | Napięcie min. 230 V, 50 Hz | | | TAK | |  | |
|  | W zestawie min. Ostrze do gipsu normalnego o średnicy 50 oraz 65 mm + klucz. | | | 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.*

**Wiertarka w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Napęd ortopedyczny wyposażony w podwójny system spustowy do kontroli prędkości i sterowania kierunkiem. | | | TAK | |  | |
|  | Sterylizacja parowa. | | | TAK | |  | |
|  | Wymiary wiertarki maks. 77 x 140 x 210 mm. | | | TAK | |  | |
|  | Waga wiertarki maks. 785 g. | | | TAK | |  | |
|  | Tryb wiercenia min. 1200 obr/min. | | | TAK | |  | |
|  | Tryb oscylacji drążenia min. 1200 obr/min. | | | TAK | |  | |
|  | Tryb wkręcania min. 150 obr/min. | | | TAK | |  | |
|  | Tryb dotykania min. 50 obr./min. | | | TAK | |  | |
|  | Tryb rozwiertaka min. 300 obr./min. | | | TAK | |  | |
|  | Tryb oscylacji pogłębiarki min. 300 obr./min. | | | TAK | |  | |
|  | Kosz do sterylizacji z sylikonowymi mocowaniami o wymiarach min. 405x253x113 mm | | | TAK | |  | |
|  | Olej w sprayu do silnika oraz dodatkowych części. | | | TAK | |  | |
|  | Min. 2 wiertła 2,5 oraz 3 mm | | | TAK | |  | |
|  | Zasilanie wraz z akumulatorem. | | | TAK | |  | |
|  | Głowica z kluczykiem do zmiany wierteł. | | | 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 zabiegowa w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **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.*

**USG w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Kierunkowa technologia obrazowania Power Doppler wykrywająca obwodowe naczynia krwionośne. | | | TAK | |  | |
|  | Filtr redukcji szumów poprawiający obraz | | | TAK | |  | |
|  | Technologia inwersji impulsu poprawiająca wyrazistość obrazu. | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja obliczania danych odkształcenia. | | | TAK | |  | |
|  | Technika ultradźwiękowa do obrazowania elastyczności, wykrywa obecność stałych mas w tkankach i przekształca dowolną sztywność w obrazy kolorowe. | | | TAK | |  | |
|  | Aparat wyposażony w podgrzewacz żelu. | | | TAK | |  | |
|  | Dyski półprzewodnikowe pozwalające na szybsze uruchamianie, większą liczbę klatek na sekundę i szybkość przetwarzania. | | | TAK | |  | |
|  | Wspomaganie bateryjne zapewniające systemowi zasilanie bateryjne. | | | TAK | |  | |
|  | Monitor LED min. 21,5 ‘’ | | | TAK | |  | |
|  | Ekran dotykowy o wysokiej czułości min. 10,1 ‘’ | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja wysyłania ultradźwiękowych obrazów i materiałów wideo do smartfona. | | | TAK | |  | |
|  | Technologia prowadzenia igły. | | | TAK | |  | |
|  | Min. 3 różne głowice.  1x glowica typu convex  1x glowica liniowa  1x glowica kardiologiczna | | | 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.*

II. Poradnia Ginekologiczno- Położnicza.

**Aparat do krioagulacji w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Aparat przeznaczony do zabiegów chirurgicznych | | | TAK | |  |
| 2. | Urządzenie umożliwiające pracę w trybie mono i bipolarnym. | | | TAK | |  |
| 3. | Zabezpieczenie przeciwporażeniowe  Klasa I CF | | | TAK | |  |
| 4. | Częstotliwość pracy generatora  333kHz +/- 10% | | | TAK | |  |
| 5. | Pobór mocy max. 200W | | | TAK | |  |
| 6. | Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji – 5 poziomów, bez możliwości całkowitego wyciszenia. | | | TAK | |  |
| 7. | Natężenie sygnału dźwiękowego alarmowego zgodnie z normą 60601-2-2 nie mniej niż 65 dBA | | | TAK | |  |
| 8. | Autotest urządzenia oraz podłączonego osprzętu po włączeniu zasilania. | | | TAK | |  |
| 9. | Wykrywanie nieprawidłowej pracy oraz sygnalizacja wizualna i dźwiękowa wykrytych nieprawidłowości. | | | TAK | |  |
| 10. | Aparat zabezpieczony przed impulsem defibrylacji zgodnie z normą EN 60601-1 | | | TAK | |  |
| 11. | Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu. | | | Tak | |  |
| 12. | System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu.  Niepoprawna aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowana dźwiękowo i wizualnie. | | | Tak | |  |
| 13. | Możliwość pracy z elektrodami jednorazowymi dzielonymi lub wielorazowymi. | | | Tak | |  |
| 14. | Aparat mikroprocesorowy, wyposażony w system automatycznego dopasowania mocy wyjściowej do warunków pracy. Procesor w czasie rzeczywistym dokonuje pomiarów wszystkich parametrów pracy i na bieżąco dopasowuje parametry mocy, prądu i napięcia, aby uzyskać wybrany efekt. | | | Tak | |  |
| 15. | Aparat wyposażony w niezależne gniazda:   1. elektrody monopolarnej umożliwiające podłączenie standardowych narzędzi monopolarnych ze złączem europejskim (3-pin) 2. elektrody bipolarnej umożliwiające podłączenie standardowych narzędzi bipolarnych ze złączem 29mm (2-pin) 3. elektrody neutralnej 4. włącznika nożnego | | | Tak | |  |
| 16. | Płaski panel sterowania z przyciskami. Łatwy do utrzymania w czystości. Bez wystających elementów. | | | Tak | |  |
| 17. | Cyfrowe wyświetlacze wybranego efektu pracy. | | | Tak | |  |
| 18. | Odrębna regulacja nastaw dla koagulacji monopolarnej, bipolarnej oraz cięcia monopolarnego. | | | Tak | |  |
| 19. | Sygnalizacja akustyczna i wizualna aktywowanego trybu pracy. | | | Tak | |  |
| 20. | Cięcie monopolarne z mocą regulowaną automatycznie w zakresie do 120W. Minimum dwa rodzaje cięcia.  Możliwość wyboru min. 8 różnych efektów tkankowych dla każdego z dostępnych trybów cięcia. | | | Tak | |  |
| 21. | Koagulacja monopolarna z mocą regulowaną automatycznie w zakresie do 120W. Minimum dwa rodzaje koagulacji.  Możliwość wyboru min. 8 różnych efektów tkankowych dla każdego z dostępnych trybów koagulacji. | | | Tak | |  |
| 22. | Koagulacja bipolarna z mocą regulowaną automatycznie w zakresie do 120W.  Możliwość wyboru min. 8 różnych efektów tkankowych. | | | Tak | |  |
| 23. | Aktywacja cięcia i koagulacji monopolarnej włącznikiem nożnym lub przyciskami w uchwycie. | | | Tak | |  |
| 24. | Rozpoznawanie podłączonego włącznika nożnego (1-przcisk. / 2 przycisk.) | | | Tak | |  |
| 25. | Możliwość możliwością rozbudowy o moduł bezprzewodowego włącznika nożnego. | | | Tak | |  |
| 26. | Bezpłatna instalacja urządzenia oraz szkolenie personelu potwierdzone certyfikatem. | | | Tak | |  |
| 27. | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | Tak | |  |
| **WYPOSAŻENIE** | | | | | | |
| 28. | Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe z systemem rozprowadzającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody, nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, powierzchnia przewodząca 110cm2, bez ograniczenia mocy maksymalnej, op. 50 szt, 1 op. | | | Tak | |  |
| 29. | Włącznik nożny 1-przyciskowy, kabel 5m, wtyk 6-pinowy, 1 szt. | | | Tak | |  |
| 30. | Kabel elektrody neutralnej jednorazowej, dł. 3m, wtyk płaski, 1 szt. | | | Tak | |  |
| 31. | Szczypce bipolarne, kątowe, igła, dł. 110mm, 12 szt. | | | Tak | |  |
| 32. | Kabel bipolarny, dł. 3m, złącze proste, wtyk 2-pin 29mm, 2 szt. | | | Tak | |  |
| 33. | Uchwyt elektrody 4mm, wąski, 2 przyciski, kabel 3m, wtyk 3-pin, 1 szt. | | | Tak | |  |
| 34. | Kulka prosta 4mm, 1 szt. | | | Tak | |  |
| 35. | Elektroda igła prosta, 0,5mm, uchwyt 4mm, 1 szt. | | | Tak | |  |
| 36. | Elektroda nóż prosty, 25mm, uchwyt 4mm, 1 szt. | | | Tak | |  |
| 37. | Uchwyt jednorazowy z elektrodą, nóż, 2 przyciski, kabel dł. 3m, wtyk 3-pin, sterylny, op. 10szt., 1 op. | | | Tak | |  |
| 38. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | Tak | |  |
| 39. | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | Tak | |  |
| 40. | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | Tak | |  |
| 41. | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | Tak | |  |
| 42. | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | Tak | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | Tak | |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | Tak | |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | Tak  Podać- ***kryterium*** | |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | | |
| 7. | | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | Min 2 | |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | Tak, podać | |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ 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.*

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

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Przetwornik ultradźwiękowy 1 MHz, wodoszczelny – min. 2 szt. | | TAK | | |  | |
|  | Zakres odczytu dla przetwornika ultradźwiękowego – min. 30-240 bpm | | TAK | | |  | |
|  | Natężenie fali ultradźwiękowej dla przetwornika ≤ 1 mW/cm² | | TAK | | |  | |
|  | Dokładność obliczania częstości pracy serca płodu ± 0,25bpm w całym zakresie pomiarowym | | TAK | | |  | |
|  | Zewnętrzny przetwornik Toco, wodoszczelny – min. 1 szt. | | TAK | | |  | |
|  | Funkcja ręcznego i automatycznego zerowania Toco | | TAK | | |  | |
|  | Aparat posiada możliwość ustawienia bazowej Toco min. „0” , „10”, „20” | | TAK | | |  | |
|  | Możliwość zamocowania przetworników na uchwytach przy aparacie | | TAK | | |  | |
|  | Znacznik zdarzeń dla pacjentki | | TAK | | |  | |
|  | Funkcja automatycznego wykrywania ruchów płodu i wydruk wykresu aktywności ruchowej płodu | | TAK | | |  | |
|  | Znacznik zdarzeń dla personelu z możliwością wyboru opcji wbudowanych | | TAK | | |  | |
|  | Alarmy min. utraty sygnału, wysokiego i niskiego tętna płodu; granice alarmów definiowalne przez użytkownika | | TAK | | |  | |
|  | Licznik czasu badania NST | | TAK | | |  | |
|  | 3-stopniowy wskaźnik jakości odbieranego sygnału | | TAK | | |  | |
|  | Możliwość wprowadzenia do pamięci aparatu daty i czasu oraz danych użytkownika, szpitala, przychodni. | | TAK | | |  | |
|  | Rozbudowana baza danych zapisów KTG wraz z kalkulatorem ciąży, danymi pacjentki, ciąży, badania KTG | | TAK | | |  | |
|  | Pojedyncza, możliwa do zapamiętania sesja zapisu KTG nie krótsza niż 90 godzin | | TAK | | |  | |
|  | Wbudowana drukarka termiczna o wysokiej rozdzielczości z możliwością wydruku na papierze gładkim i wstępnie zadrukowanym. | | TAK | | |  | |
|  | Wbudowana automatyczna komputerowa kliniczna analiza przedporodowa i okołoporodowa monitorowanych danych z wydrukiem raportu | | TAK | | |  | |
|  | Analizowanie przynajmniej 14 parametrów zapisu KTG (min. STV, LTV, wyznaczanie linii bazowej, oznaczanie obszarów wysokiej i niskiej zmienności) | | TAK | | |  | |
|  | Aparat wyposażony w podświetlenie drukarki. (umożliwia ocenę wydruku w zaciemnionym pomieszczeniu np. w nocy) | | TAK | | |  | |
|  | Drukarka umożliwia zapis ciąży mnogiej na tym samym wykresie , z przesunięciem o 20 bpm, lub na osobnych skalach (dotyczy papieru bez podziałki) | | TAK | | |  | |
|  | Dotykowy wyświetlacz LCD o przekątnej ≥8” , umożliwiający podgląd monitorowanych parametrów w formie cyfrowej i graficznej. | | TAK | | |  | |
|  | Wyświetlacz LCD ze zmiennym tłem i podświetleniem – w zależności od potrzeb | | TAK | | |  | |
|  | Obsługa aparatu wyłącznie przez ekran dotykowy | | TAK | | |  | |
|  | Możliwość obsługi ekranu dotykowego w rękawiczkach | | TAK | | |  | |
|  | Brak fizycznych przycisków na obudowie – zapewnia dokładną dezynfekcję i utrzymanie w czystości | | TAK | | |  | |
|  | Współpraca z cyfrowymi systemami centralnego monitorowania oraz oprogramowaniem komputerowym | | TAK | | |  | |
|  | Aparat wyposażony w wewnętrzną pamięć z możliwością rozbudowy pojemności | | TAK | | |  | |
|  | Aparat wyposażony w min. 2 porty USB umożliwiające archiwizowanie zapamiętanych badań na pamięć zewnętrzną. | | TAK | | |  | |
|  | Możliwość podłączenia fizycznej klawiatury | | TAK | | |  | |
|  | Aparat wyposażony w co najmniej jeden port RS232 i jeden port LAN | | TAK | | |  | |
|  | Aparat wyposażony w akumulator umożliwiający monitorowanie bez podłączenia do sieci elektrycznej | | TAK | | |  | |
|  | Waga nie więcej niż 6 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 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 w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Monitor LCD min. 21,5 ‘’ | | | TAK | |  |
|  | Ekran dotykowy o wysokiej czułości min. 10,1 ‘’ | | | TAK | |  |
|  | Min. Dwupoziomowy regulowany podgrzewacz do żelu. | | | TAK | |  |
|  | Wyposażony w windę gazową – możliwość dostosowania do preferowanej wysokości. | | | TAK | |  |
|  | Wyposażony w uchwyt przetwornika endokawitalnego zamontowany z boku na konsoli. | | | TAK | |  |
|  | Technologia Vue pozwala na wyświetlanie obrazu 3D. | | | TAK | |  |
|  | Możliwość wybrania przez użytkownika kierunku źródła światła. | | | TAK | |  |
|  | Przegubowe ramię monitora. | | | TAK | |  |
|  | Zestaw wyposażony w aplikację do obrazowania pozwalająca na kontrolę manipulacji danymi objętościowymi 3D/4D. | | | TAK | |  |
|  | Funkcja 5D NT pozwalająca na zmniejszenie zależności operatora od pierwszego pomiaru przezierności karkowej w pierwszym trymestrze płodu. | | | TAK | |  |
|  | Funkcja identyfikacji i mierzenia wielu pęcherzyków jajnikowych w celu szybkiej oceny rozmiaru i stanu pęcherzyków podczas badań ginekologicznych. | | | TAK | |  |
|  | Głowica brzuszna o polu widzenia min. 70 ‘’ | | | TAK | |  |
|  | Głowica endowaginalna o polu widzenia min. 210’’ | | | TAK | |  |
|  | Głowica kardiologiczna. | | | TAK | |  |
|  | Głowica typu convex. | | | TAK | |  |
|  | Kieszeń boczna do przechowywania np. tabletu, wykresów pacjenta lub innych przedmiotów. | | | 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.*

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

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | Fotel ginekologiczny o konstrukcji opartej na pojedynczej kolumnie obudowanej tworzywową osłoną uniemożliwiającą wnikanie zanieczyszczeń do środka. Podstawa fotela zabudowana z jednolitej wyprofilowanej płyty tworzywowej. | | | TAK | |  | |
|  | Fotel o wymiarach leża: szer. 630mm (+/- 30mm), dł. 1750 mm (+/-30mm) | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna wysokości w zakresie od 520 do 1150 mm +/- 20 mm | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna oparcia pleców w zakresie od – 120 do + 500  +/- 50 | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna siedziska w zakresie od +50 do + 150 +/- 50 | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna podkolanników w zakresie od – 150 do + 200 +/- 50 | | | TAK | |  | |
|  | Regulacje elektryczne za pomocą:  - pilot przewodowy wyposażony w przycisk zatrzymujący regulację fotela do zaprogramowanej pozycji,  - panel sterowania nożnego wbudowany w podstawę fotela: regulacja wysokości oraz kata nachylenia pleców i podnóżków, | | | TAK | |  | |
|  | Pilot przewodowy umożliwiający sterownie:  - wysokością,  - synchroniczny ruch segmentu pleców i części nożnej,  - nachylenie segmentu nożnego,  - pozycja wejściowa na fotel,  - pozycja do badań,  - pozycja do badania USG, horyzontalna,  - pozycja antyszokowa, oznaczona kolorem czerwonym,  - przełączanie pomiędzy operatorem A, B i C  - przycisk STOP | | | TAK | |  | |
|  | Regulacja elektryczna wysuwania i chowania podwozia fotela. Fotel posiada możliwość łatwego przemieszczania przez jedną osobę. | | | TAK | |  | |
|  | Maksymalne obciążenie min. 210 kg | | | TAK | |  | |
|  | Regulacje elektryczne uzyskiwane z pilota ręcznego oraz pilota nożnego zintegrowanego z fotelem, wbudowanego w podstawę fotela | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość ustawienia fotela za pomocą jednego przycisku na pilocie do pozycji:  - do wejścia na fotel  - pozycji zabiegowej  - pozycji do badania USG  - pozycji antyszkowej | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość zaprogramowania 3 dowolnych ustawień dla 3 operatorów za pomocą pilota przewodowego. Z czytelnym oznakowaniem jaka konfiguracja jest aktualnie używana. Jednorazowe naciśnięcie przycisku zaprogramowanej pozycji powoduje automatyczną zmianę pozycji. | | | TAK | |  | |
|  | Uchwyt prześcieradła papierowego umieszczony w pojemniku pod segmentem pleców. | | | TAK | |  | |
|  | Fotel wyposażony w materace bezszwowe zmywalne z możliwością wyboru koloru | | | TAK | |  | |
|  | Fotel wyposażony w podnóżki z podporami pod stopy wraz podkolannikami, umożliwiające pełne podparcie nóg w pozycji horyzontalnej, podpórki z zintegrowanymi uchwytami na dłonie. Regulacja w pionie elektryczna za pomocą pilota elektrycznego. Regulacja w poziomie manualna, regulacja pozioma jednej podpórki powoduje synchroniczny ruch drugiej, możliwość zablokowania regulacji w poziomie oraz ustawienia oporu.  Podnóżki tapicerowane w kolorze leża. | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja bezpieczeństwa zatrzymująca regulacje elektryczne w przypadku osadzenia fotela na niewypoziomowanej powierzchni | | | TAK | |  | |
|  | Fotel wyposażony w :  - Miska tworzywowa z możliwością schowania pod siedziskiem,  - zintegrowana z fotelem podpora pod stopy operatora  - podgłówek dla pacjentki, | | | TAK | |  | |
| **VIDEOKOLPOSKOP** | | | | | | | |
|  | Videokolposkop zintegrowany z fotelem na ruchomym ramieniu z możliwością chowania pod siedzisko | | | TAK | |  | |
|  | Videokolposkop wyposażony w wysokiej klasy optykę oraz oświetlenie LED | | | TAK | |  | |
|  | Zoom optyczny w zakresie min. 1,5x - 20x | | | TAK | |  | |
|  | Zoom cyfrowy min. 10x | | | TAK | |  | |
|  | Średnica oglądanej powierzchni min. 3 cm | | | TAK | |  | |
|  | Odległość obiektywu od obiektu badań max. 24 – 33 cm | | | TAK | |  | |
|  | Głębia ostrości min. 10 mm | | | TAK | |  | |
|  | Zielony filtr do filmów i testów podczas zabiegów | | | TAK | |  | |
|  | Formaty przechowywania obrazów i filmów min. png, avi | | | TAK | |  | |
|  | Transfer danych za pomocą WLAN/LAN | | | TAK | |  | |
|  | Rozdzielczość obrazów i filmów min. 640x480 efektywnych pikseli | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja zamrażania obrazu | | | TAK | |  | |
|  | Funkcja wykonywania pojedynczych zdjęć lub nagrywania filmów. | | | TAK | |  | |
| **MONITOR** | | | | | | | |
|  | Monitor zintegrowany z fotelem umieszczony na ruchomym ramieniu z dwoma przegubami pozwalającymi na dowolne ustawienie. | | | TAK | |  | |
|  | Możliwość pochylenia monitora o kąt 150 | | | TAK | |  | |
|  | Monitor LCD o przekątnej min. 17” | | | TAK | |  | |
|  | Wysoka rozdzielczość monitora min. 1280 x 1024 pikseli | | | TAK | |  | |
|  | Jasność min. 300 cd/m2 | | | TAK | |  | |
|  | Kontrast min. 3000:1 | | | TAK | |  | |
|  | Kąt widzenia min. 1600/1600 | | | TAK | |  | |
|  | Sygnał wejściowy min: Analog, Digital, S- Video, CVBS | | | TAK | |  | |
|  | Czas reakcji min. 3 ms | | | TAK | |  | |
|  | Wymiary : 408 x 398 x 175 mm +/- 50 mm | | | TAK | |  | |
|  | Monitor w obudowie metalowej, ekran wykonany z wysokiej jakości szkła. | | | 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.*

**Detektor tętna płodu w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | wymienna głowica B9P2MHz - szerokokątna 9-elementowa  - przewód skrętny głowicy  - uchwyty głowicy i znacznika ruchów  - wysoka czułość, od 14 tygodnia ciąży  - niski poziom szumów  - czysty dźwięk  - układ ARC, automatycznie optymalizuje odbiór sygnałów serca i ogranicza zakłócenia kontaktowe  - trójkolorowy wskaźnik jakości sygnału  - pomiar częstości akcji serca, 50-210 bpm  - zapis częstości uderzeń serca FHR i ruchów płodu na papierze termicznym 112 mm  - prędkość zapisu 1cm/min | | | TAK | |  |
|  | 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.*

III. Poradnia Reumatologiczna.

**Densytometr w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Aparat rentgenowski z metodą DEXA (stacjonarny). | | | TAK | |  |
| 2. | Stół skaningowy stacjonarny nieskładany z ramieniem typu „C”. | | | TAK | |  |
| 3. | Napięcie zasilające system: 230 V/50 Hz bez konieczności stosowania dodatkowych urządzeń zasilających. | | | TAK | |  |
| 4. | Maksymalne wymiary urządzenia:  200 x 80 x 130 cm (Dł x Szer. x Wys) | | | TAK | |  |
| 5. | Promieniowanie w wiązce wachlarzowej. Maksymalny kąt rozwarcia 5o (tzw. wąski wachlarz), z dokładnym opisem geometrii wiązki umożliwiającym eliminacje artefaktów znajdujących się poza osią stołu. | | | TAK | |  |
| 6. | Maksymalna dawka promieniowania rozproszonego 1 metr od aparatu (lampy): 1 µSv/hr. | | | TAK | |  |
| 7. | Dawka promieniowania dla pacjenta:   1. kręgosłup AP – max 50 µGy, 2. szyjka kości udowej – max 50 µGy, 3. przedramię - max 35 µGy | | | TAK | |  |
| 8. | Czasy skanowania dla lokalizacji:   1. kręgosłup AP- max. 45 s 2. szyjka kości udowej – max. 30 s 3. przedramię – max 30 s | | | TAK | |  |
| 9. | Szyjka kości udowej:   1. BMD, 2. BMC, 3. powierzchnia dla krętarza, trzpienia, szyjki, górnej części szyjki kości udowej, oraz dla „Total”, 4. wskaźnik T-Store, 5. wskaźnik Z-Score, 6. zmiana procentowa w stosunku do masy szczytowej, 7. zmiana procentowa w stosunku do rówieśników, | | | TAK | |  |
| 10. | Kręgosłup lędźwiowy w projekcji AP:   1. BMD, 2. BMC oraz powierzchnia, 3. wskaźnik T-Score, 4. wskaźnik Z-Score, 5. zmiana procentowa w stosunku do masy szczytowej, 6. zmiana procentowa w stosunku do rówieśników. | | | TAK | |  |
| 11. | Oprogramowanie do pomiaru gęstości w obrębie przedramienia:   1. BMD, 2. BMC oraz powierzchnia, 3. wskaźnik T-Score, 4. wskaźnik Z-Score, 5. zmiana procentowa w stosunku do masy szczytowej, 6. zmiana procentowa w stosunku do rówieśników). | | |  | |  |
| 12. | Dowolna konfiguracji wyglądu raportu z badania. | | |  | |  |
| 13. | Maksymalna waga pacjenta dopuszczona przez oprogramowanie aparatu:140 kg. | | |  | |  |
| 14. | Oprogramowanie pozwalające na tworzenie wielu baz danych, z przydzieleniem nazwy każdej z nich (nazwa programu badawczego, nazwisko użytkownika, typy schorzeń, itp.). Możliwość transferu danych do arkusza kalkulacyjnego Excel. | | |  | |  |
| 15. | Możliwość obliczania indywidualnego 10-letniego ryzyka złamania (ryzyko jakiegokolwiek złamania oraz ryzyko złamania bkku) na podstawie algorytmu FRAX wg wytycznych WHO, z zastosowaniem metody Johna A. Kanisa (z uwzględnieniem wieku, czynników ryzyka i BMD). | | |  | |  |
| 16. | System komputerowy stacji roboczej w klasie PC, system operacyjny Windows 7 Professional lub nowszy.  Parametry wymagane:   1. monitor LED min. 24’, 2. drukarka laserowa do wydruku raportów | | | TAK | |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | Tak | |  |
| 18. | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu | | | Tak | |  |
| 19. | Wykonawca przed złożeniem oferty uprawniony jest do przeprowadzenia wizji lokalnej w pomieszczeniu, w którym mają być zamontowane wyroby | | | Tak | |  |
| 20. | Wykonawca nie może podczas realizacji zawartej umowy powoływać się na jakiekolwiek okoliczności dotyczące wykonania robót , które były możliwe do ustalenia podczas przeprowadzonej z należytą starannością wizji lokalnej | | | Tak | |  |
| 21. | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania. | | | Tak | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | | | |
| 1. | | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | Tak | |  | | |
| 2. | | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | Tak | |  | | |
| 3. | | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | Tak  Podać- ***kryterium*** | |  | | |
| 4. | | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK Podać | |  | | |
| 5. | | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | | |
| 6. | | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | | |
| 7. | | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | Min 2 | |  | | |
| 8. | | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | | |
| 9. | | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | Tak, podać | |  | | |
| 10. | | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | | |
| 11. | | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie 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 Zdrowia Psychicznego.

**Aparat EEG w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** | |
|  | 42-kanałowa głowica wzmacniaczy biologicznych | | TAK |  | |
|  | Min. 32 kanały EEG + 8 kanałów poligraficznych | | TAK |  | |
|  | Kanał pomiaru saturacji SpO2 oraz przycisk pacjenta | | TAK |  | |
|  | Min. 16-bitowy przetwornik A/D oraz komunikacja przez interfejs LAN TCP/IP | | TAK |  | |
|  | Wyposażony w zintegrowany izolator | | TAK |  | |
|  | Automatyczna kalibracja głowicy | | TAK |  | |
|  | Pomiar impedancji bezpośrednio na głowicy lub z poziomu oprogramowania | | TAK |  | |
|  | Sygnalizacja impedancji za pomocą diod LED w 5-stopniowej skali | | TAK |  | |
|  | Podłączanie elektrod poprzez złącza TP DIN lub min. 40-pinowego multikonektora | | TAK |  | |
|  | Wbudowany filtr sieciowy min. 50/60 Hz | | TAK |  | |
|  | Regulacja skali czasu w zakresie min. 0,03-10 s | | TAK |  | |
|  | Czułość min. 10μV/cm – 2 mV/cm | | TAK |  | |
|  | Impedancja wejściowa min. >100 Mohm | | TAK |  | |
|  | Szum wejściowy min. <2 μV pp | | TAK |  | |
|  | Częstotliwość próbkowania min. >2000 Hz | | TAK |  | |
|  | Fotostymulator LED z regulacją w zakresie min. 0,5-60 Hz | | 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