**Załącznik nr 1 do zapytania cenowego**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 1-EKG – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Waga aparatu z akumulatorem i wbudowanym zasilaczem do 5 kg | TAK, opisać  |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V 50 Hz | TAK, opisać  |  |
|  | Wbudowany akumulator, którego pojemność umożliwia min. 3,5 godz. ciągłego monitorowania  | TAK, opisać  |  |
|  | Ochrona przed impulsem defibrylacji CF | TAK, opisać  |  |
|  | Wyświetlacz LCD TFT kolorowy 24 bitowy o przekątnej min. 8 cali z podświetleniem LED oraz wysokiej rozdzielczości (min. 800 x 480 pikseli) | TAK, opisać  |  |
|  | Wymiary urządzenia w x sz x g: 130 mm x 365 mm x 310 mm (wszystkie wymiary w tolerancji max +/- 10 mm) | TAK, opisać  |  |
|  | Na wyświetlaczu prezentacja krzywej EKG, wartości parametrów i menu. Menu w języku polskim. | TAK, opisać  |  |
|  | Klawiatura funkcyjna oraz alfanumeryczna zabezpieczona przed zalaniem, nie dopuszcza się klawiatury wirtualnej | TAK, opisać  |  |
|  | Ciągły pomiar i prezentacja na ekranie HR | TAK, opisać  |  |
|  | Detekcja stymulatora serca | TAK, opisać  |  |
|  | Impedancja wejściowa >50 [MΩ]  | TAK, opisać  |  |
|  | CMRR >110 dB | TAK, opisać  |  |
|  | Częstotliwość próbkowania 1000 [Hz] / kanał | TAK, opisać  |  |
|  | Detekcja pików rozrusznika sercaPróbkowanie 16000 [Hz]/kanał | TAK, opisać  |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych | TAK, opisać  |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych  | TAK, opisać  |  |
|  | Filtr anty-dryftowy  | TAK, opisać  |  |
|  | Sygnał EKG 12 odprowadzeń standardowych – wydruk w formacie 12-kanałowym | TAK, opisać  |  |
|  | Formaty wydruku:3\*4 ; 3\*4+1R ; 3\*4+3R ; 6\*2 ; 6\*2+1R /12\*1 | TAK, opisać  |  |
|  | Głowica drukująca z automatyczną regulacją linii izotermicznej | TAK, opisać  |  |
|  | Czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV oraz AUTO | TAK, opisać  |  |
|  | Prędkość zapisu rejestratora: 5/12,5/25/50 mm/s | TAK, opisać  |  |
|  | Technologia pisaka: wydruk termiczny punktowy tablicowy | TAK, opisać  |  |
|  | Szerokość papieru min. (szer.) 210 mm x (wys.) 295 mm. - składanka | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość przeglądania i oceny badania na badania przed wydrukiem na ekranie urządzenia | TAK, opisać  |  |
|  | Wydruk w trybie monitorowania rytmu | TAK, opisać  |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja (dorośli, dzieci, noworodki) w języku polskim  | TAK, opisać  |  |
|  | Ponowna analiza EKG po zmianie danych demograficznych pacjenta | TAK, opisać  |  |
|  | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod i odłączenia przewodu ekg | TAK, opisać  |  |
|  | Funkcja uśpienia (standby) umożliwiająca szybki start aparatu | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość archiwizacji badania do pamięci wewnętrznej (min. 800 badań) i eksportu danych do pamięci typu Pendrive w formacie PDF, XML | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość współpracy urządzenia w sieci komputerowej. Współpraca z serwerem FTP | TAK, opisać  |  |
|  | Przeglądanie i wydruk badania z archiwum urządzenia | TAK, opisać  |  |
|  | Czas rozruchu max 7s | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość wydruku badania na drukarce laserowej podłączonej bezpośrednio do aparatu (po zakupie drukarki) | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość rozszerzenia funkcji urządzenia o opcję Wi-Fi oraz czytnik kodów kreskowych | TAK, opisać  |  |
|  | Wyposażenie: przewód pacjenta, elektrody przyssawkowe oraz klipsowe, papier termiczny | TAK, opisać  |  |
|  | Mobilny wózek aparaturowy na pięciu kółkach, wszystkie kółka wyposażone w blokadę. Dodatkowo: kosz na akcesoria oraz wysięgnik na przewód pacjenta | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 6. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
|  10. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| Wartość netto : |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 2- Kardiomonitor – 3 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | **Kardiomonitor stacjonarno-przenośny o masie nie większej niż 4 kg** | TAK, opisać |  |
|  | **Kardiomonitor wyposażony w uchwyt służący do przenoszenia**  | TAK, opisać  |  |
|  | **Kardiomonitor kolorowy z ekranem LCD z podświetleniem LED, o przekątnej ekranu nie mniejszej niż 12 cali, rozdzielczości co najmniej 1280x800 pikseli.**  | TAK, opisać  |  |
|  | **Jednoczesna prezentacja na ekranie co najmniej pięciu różnych krzywych dynamicznych.** | TAK, opisać  |  |
|  | **Trendy wszystkich mierzonych parametrów: co najmniej 100-godzinne z rozdzielczością nie gorszą niż 1 minuta i co najmniej 1000 godzin z rozdzielczością nie gorszą niż 10 minut.**  | TAK, opisać  |  |
|  | **Zapamiętywanie zdarzeń alarmowych – pamięć co najmniej 500 zestawów odcinków krzywych i wartości parametrów** | TAK, opisać  |  |
|  | **Kategorie wiekowe pacjentów: dorośli, dzieci i noworodki.** | TAK, opisać  |  |
|  | **Możliwość ustawienia ręcznego oraz automatycznego przyjmowania pacjenta**  | TAK, opisać  |  |
|  | **Możliwość ustawienia ręcznego oraz automatycznego wypisania pacjenta po określonym czasie od wyłączenia monitora** | TAK, opisać  |  |
|  | **Pomiar i monitorowanie co najmniej następujących parametrów:** 1. **EKG;**
2. **Odchylenie odcinka ST;**
3. **Liczba oddechów (RESP);**
4. **Saturacja (Spo2);**
5. **Ciśnienie krwi, mierzone metodą nieinwazyjną (NIBP);**
6. **Temperatura (T1,T2,TD).**
 | TAK, opisać  |  |
|  | **Pomiar EKG** | TAK, opisać  |  |
|  | Zakres częstości rytmu serca: minimum 15÷300 bpm. | TAK, opisać  |  |
|  | Monitorowanie EKG przy wykorzystaniu przewodu 3. i 5. końcówkowego odprowadzeń.  | TAK, opisać  |  |
|  | Dokładność pomiaru częstości rytmu: nie gorsza niż+/- 1%.  | TAK, opisać  |  |
|  | Prędkości kreślenia co najmniej do wyboru: 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25 mm/s; 50 mm/s. | TAK, opisać  |  |
|  | Detekcja stymulatora z graficznym zaznaczeniem na krzywej EKG.  | TAK, opisać  |  |
|  | Wzmocnienie: co najmniej 0,125 cm/mV; 0,25 cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 2 cm/mV; 4,0 cm/mV; auto.  | TAK, opisać  |  |
|  | Analiza odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach jednocześnie w zakresie od -2,0 do +2,0 mV. Możliwość ustawienia jednostki pomiarowej mm. | TAK, opisać  |  |
|  | Prezentacja zmian odchylenia ST w postaci wzorcowych odcinków ST z nanoszonymi na nie bieżącymi odcinkami lub w formie wykresów kołowych | TAK, opisać  |  |
|  | Monitorowanie odcinka QT, możliwość ustawienia min. trzech wzorów analizy QTc | TAK, opisać  |  |
|  | 1. Analiza zaburzeń rytmu (co najmniej 23), z rozpoznawaniem co najmniej następujących zaburzeń:
2. Bradykardia
3. Tachykardia
4. Asystolia
5. Tachykardia komorowa
6. Migotanie komór
7. Migotanie przedsionków
8. Stymulator nie przechwytuje
9. Stymulator nie generuje impulsów
10. Salwa komorowa
11. PVC/min wysokie
 | TAK, opisać  |  |
|  | **Pomiar oddechów (RESP).** | TAK, opisać  |  |
|  | Zakres pomiaru: minimum 1-170 oddechów /min  | TAK, opisać  |  |
|  | Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/-2 oddech /min | TAK, opisać  |  |
|  | Prędkość kreślenia: co najmniej 3 mm/s; 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25mm/s. | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość wyboru odprowadzeń do monitorowania respiracji | TAK, opisać  |  |
|  | **Pomiar saturacji (SpO2).** | TAK, opisać  |  |
|  | Zakres pomiaru saturacji: 0÷100% | TAK, opisać  |  |
|  | Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 20÷300/min. | TAK, opisać  |  |
|  | Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70÷100%: nie gorsza niż +/- 3%.  | TAK, opisać  |  |
|  | Funkcja pozwalająca na jednoczesny pomiar SpO2 i nieinwazyjnego ciśnienia bez wywoływania alarmu SpO2 w momencie pompowania mankietu na kończynie na której założony jest czujnik | TAK, opisać  |  |
|  | Alarm desaturacji | TAK, opisać  |  |
|  | **Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną (NIBP).** | TAK, opisać  |  |
|  | Oscylometryczna metoda pomiaru.  | TAK, opisać  |  |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia: co najmniej 15÷280 mmHg. | TAK, opisać  |  |
|  | Zakres pomiaru pulsu wraz z NIBP: co najmniej 30÷300 bpm. | TAK, opisać  |  |
|  | Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 5mmHg. | TAK, opisać  |  |
|  | 1. Tryb pomiaru:
2. AUTO;
3. Ręczny.
 | TAK, opisać  |  |
|  | Zakres programowania interwałów w trybie AUTO: co najmniej 1÷480 minut.  | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość wstępnego ustawienia ciśnienia w mankiecie | TAK, opisać  |  |
|  | **Pomiar temperatury (TEMP)**  | TAK, opisać  |  |
|  | Zakres pomiarowy: co najmniej 25÷42˚C. | TAK, opisać  |  |
|  | Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 0,1˚C. | TAK, opisać  |  |
|  | Jednoczesne wyświetlanie co najmniej trzech wartości : 2 temperatury ciała i temperatura różnicowa | TAK, opisać  |  |
|  | **Wyposażenie kardiomonitora w akcesoria pomiarowe (**  | TAK, opisać  |  |
|  | Kabel EKG 5-odprowadzeniowy  | TAK, opisać  |  |
|  | Przewód łączący do mankietów do pomiaru NIBP  | TAK, opisać  |  |
|  | Mankiet do pomiaru NIBP: średni | TAK, opisać  |  |
|  | Czujnik SpO2 na palec dla dorosłych typu klips  | TAK, opisać  |  |
|  | **Możliwość wyposażenia kardiomonitora w wbudowany rejestrator termiczny** | TAK, opisać  |  |
|  | **Obsługa kardiomonitora przy pomocy, pokrętła, przycisków oraz poprzez ekran dotykowy.**  | TAK, opisać  |  |
|  | **Wyświetlanie informacji pomocy dotyczące elementu zaznaczonego na ekranie w menu użytkownika** | TAK, opisać  |  |
|  | **3-stopniowy system alarmów monitorowanych parametrów.** | TAK, opisać  |  |
|  | Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów. | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość zawieszenia stałego lub czasowego alarmów.  | TAK, opisać  |  |
|  | Wybór czasowego zawieszenia alarmów – co najmniej 5 czasów do wyboru. | TAK, opisać  |  |
|  | Ustawianie różnych poziomów alarmowania dla poszczególnych parametrów. | TAK, opisać  |  |
|  | Ustawianie głośności sygnalizacji alarmowej (co najmniej 10 poziomów do wyboru) oraz wzorca dźwiękowej sygnalizacji (co najmniej 3 wzorce do wyboru) | TAK, opisać  |  |
|  | **Ręczne i automatyczne (na żądanie obsługi) ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta.**  | TAK, opisać  |  |
|  | **Kardiomonitor wyposażony w tryb nocny z możliwością dostosowania min. jasności, głośności klawiszy, głośności sygnały QRS oraz włączenia bądź wyłączenia tonu zakończenia pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia** | TAK, opisać  |  |
|  | **Funkcja analizy zmian częstości akcji serca z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach HR: średniej, średniej za dnia, średniej w nocy, maksymalnej, minimalnej oraz prawidłowej (w granicach ustawionych alarmów).** | TAK, opisać  |  |
|  | **Funkcja analizy NIBP z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach ciśnienia: średniej, średniej za dnia, średniej w nocy, maksymalnej za dnia, maksymalnej w nocy, minimalnej za dnia, minimalnej w nocy oraz prawidłowej (w granicach ustawionych alarmów).** | TAK, opisać  |  |
|  | **Funkcja tworzenia raportów EKG, raportów trendów tabelarycznych i graficznych oraz raportów w czasie rzeczywistym z możliwością wydruku raportu na drukarce połączonej poprzez sieć Ethernet. Funkcja wydruku na zewnętrznej drukarce niewymagająca podłączenia kardiomonitora co stacji centralnego monitorowania.** | TAK, opisać  |  |
|  | **Zasilanie kardiomonitora z sieci elektroenergetycznej 230V AC 50Hz i akumulatora, wbudowanego w kardiomonitor.** | TAK, opisać  |  |
|  | Czas pracy kardiomonitora, zasilanego z akumulatora (przy braku napięcia elektroenergetycznej sieci zasilającej, pomiar NIBP co 15 min): nie krótszy niż 4 godziny.  | TAK, opisać  |  |
|  | Czas ładowania akumulatora: nie dłuższy niż 6 godzin.  | TAK, opisać  |  |
|  | Graficzny wskaźnik stanu naładowania akumulatora.  | TAK, opisać  |  |
|  | **Kardiomonitor przystosowany do pracy w sieci.**  | TAK, opisać  |  |
|  | Interfejs i oprogramowanie sieciowe, umożliwiające pracę kardiomonitora w sieci przewodowej z centralą monitorującą.  | TAK, opisać  |  |
|  | Po podłączeniu kardiomonitora do stacji centralnego monitorowania możliwość aktywacji z poziomu kardiomonitora trybu prywatnego z funkcją ukrycia danych wyświetlanych na kardiomonitorze (dane pacjenta są widoczne tylko na stacji centralnej) | TAK, opisać  |  |
|  | Funkcja podglądu danych z innych monitorów podłączonych do sieci bez stacji centralnego nadzoru | TAK, opisać  |  |
|  | Funkcja informowania o alarmach pojawiających się na innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci | TAK, opisać  |  |
|  | Funkcja zdalnego wyciszania alarmów w innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci | TAK, opisać  |  |
|  | Monitor przystosowany do eksportu danych do standardowego komputera osobistego niepełniącego jednocześnie funkcji centrali  | TAK, opisać  |  |
|  | **Wbudowane złącza USB oraz złącze sieciowe RJ45.**  | TAK, opisać  |  |
|  | **Na wyposażeniu statyw na kółkach z półką do montażu kardiomonitora i koszykiem na akcesoria** | TAK, opisać  |  |
|  | **Monitor wyposażony w funkcję obliczania punktacji do oceny poziomu świadomości wg. skali Glasgow (GCS).** | TAK, opisać  |  |
|  | **Cicha praca urządzenia – chłodzenie bez wentylatora** | TAK, opisać  |  |
|  | **Monitor zabezpieczony przed zalaniem wodą – stopień ochrony co najmniej IPX1** | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 6. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| Wartość netto : |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 3- Myjnia Dezynfektor – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Rama i obudowa wykonane ze stali kwasoodpornej klasy AISI304 lub równoważnej bez elementów plastikowych. | TAK, opisać  |  |
|  | Komora mycia głęboko tłoczona, bez spoin, wykonana z jednego elementu w postaci leja z pochyleniem sufitu. | TAK, opisać  |  |
|  | Komora i orurowanie wykonane ze stali kwasoodpornej klasy min. AISI 316L lub równoważnej  | TAK, opisać  |  |
|  | Maksymalne wymiary urządzenia:Wysokość: 1.200 mmSzerokość: 450 mmGłębokość: 560 mm( +/- 60mm) | TAK, opisać  |  |
|  | Pojemność na jeden cykl – dwie „kaczki” i jeden „basen” lub trzy „kaczki” | TAK, opisać  |  |
|  | Drzwi otwierane uchylnie, w dół, gwarantujące załadunek na ergonomicznej wysokości.  | TAK, opisać  |  |
|  | Automatyczne otwieranie i zamykanie drzwi  | TAK, opisać  |  |
|  | Automatyczne uruchomienie ustalonego programu po zamknięciu drzwi komory | TAK, opisać  |  |
|  | Automatyczne otwarcie drzwi komory po zakończonym cyklu mycia i dezynfekcji w celu szybszego wysuszenia wsadu. | TAK, opisać  |  |
|  | System mycia składający się z wielu dysz stałych i obrotowych, gwarantujący najwyższy poziom mycia.  | TAK, opisać  |  |
|  | Elementy grzejne poza komorą myjni . Moc Elementów grzejnych – min. 6 kW | TAK, opisać  |  |
|  | Dwie pompy dozujące środki chemiczne (detergent i odkamieniacz) z możliwością nastawienia dozowania bezpośrednio z panelu sterowania, dla każdego programu oddzielnie | TAK, opisać  |  |
|  | Minimum 5 programów mycia i dezynfekcji dostępne bezpośrednio z panelu sterowania (za pomocą trzech oddzielnych klawiszy funkcyjnych) | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość modyfikowania programów myjących przez użytkownika, dostęp do modyfikacji zabezpieczony kodem cyfrowym. | TAK, opisać  |  |
|  | Nastawialna temperatura dezynfekcji – standard pracy przy 93°C | TAK, opisać  |  |
|  | Sterowanie mikroprocesorowe – automatyczny przebieg cyklu bez potrzeby ingerencji ze strony użytkownika | TAK, opisać  |  |
|  | Blokada drzwi podczas trwania cyklu | TAK, opisać  |  |
|  | Zabezpieczenie przed zalaniem | TAK, opisać  |  |
|  | Wyświetlacz LCD, wszystkie komunikaty w języku polskim (wyświetlane informacje to m.in. typ programu, wartość A0, temperatura w komorze, aktualna faza cyklu) | TAK, opisać  |  |
|  | Akustyczna i dźwiękowa informacja o błędach i awariach | TAK, opisać  |  |
|  | Pompa cyrkulacyjna o mocy co najmniej 1kW | TAK, opisać  |  |
|  | Samodezynfekcja urządzenia poprzez wszystkie dysze natryskowe obejmująca zbiornik wody, wytwornicę pary, orurowanie, komorę mycia i odpływ | TAK, opisać  |  |
|  | Wbudowana wytwornica pary zintegrowana ze zbiornikiem wodnym | TAK, opisać  |  |
|  | Maksymalny poziom emitowanego hałasu <48 dB | TAK, opisać  |  |
|  | Podłączenie wody zimnej i ciepłej  | TAK, opisać  |  |
|  | Odpływ Ø 110 mm | TAK, opisać  |  |
|  | Podłączenie elektryczne 400V 50 Hz, całkowita moc urządzenia 9 kW | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 6. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| Wartość netto : |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 4 -Materac grzewczy – 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | JEDNOSTKA GŁOWNA  | 1 szt. |  |
|  | Jednostka kontrolna systemu ogrzewającego pacjenta opartego na technologii „suchego grzania” – bez udziału wody i niepowodującego ogrzewania otoczenia. Kopatybilna z materacami OTM1, OTM1-N, OTM2, OTM2-N, GTM1, GTM1-N, NCM1, NCM3, NCM5 oraz kocem RB1 | TAK, opisać  |  |
|  | Urządzenie ciche w eksploatacji, nadające się do nieprzerywanej pracy, nie wymagające dodatkowej obsługi w czasie długotrwałych zabiegów. | TAK, opisać  |  |
|  | Urządzenie niewymagające materiałów jednorazowego użytku. | TAK, opisać  |  |
|  | Urządzenie nie zaburza widoczności pola operacyjnego. | TAK, opisać  |  |
|  | Stopień ochrony jednostki kontrolnej przed dostępem do niebezpiecznych części IP3X. | TAK, opisać  |  |
|  | Jednostka kontrolna umożliwiająca obsługę 2 akcesoriów jednocześnie (maksymalny łączny pobór mocy 170W). | TAK, opisać  |  |
|  | Urządzenie w trakcie działania (podłączone do zasilania lub działające na zasilaniu bateryjnym) pozwalające na bezpieczne przeprowadzenie defibrylacji. | TAK, opisać  |  |
|  | Urządzenie nie powoduje zakłóceń podczas pracy diatermii. | TAK, opisać  |  |
|  | Odłączane przewody łączące jednostkę kontrolną z materacami/kocem o długości 3 m z wtykiem kątowym. | TAK, opisać  |  |
|  | Złącze przewodów materaca/koca i przewodu jednostki kontrolnej pyłoszczelne i wodoszczelne – klasa ochrony IP61 lub równoważna. | TAK, opisać  |  |
|  | Wtyk oraz gniazdo złącza przewodów materaca/koca i przewodu jednostki kontrolnej pyłoszczelne i wodoszczelne – klasa ochrony IP65 lub równoważny  | TAK, opisać  |  |
|  | Obudowy konektorów łączących przewód materaca/koca z przewodem jednostki kontrolnej w całości wykonane z tworzywa sztucznego zapewniającego pełną izolację od przewodów wewnętrznych. | TAK, opisać  |  |
|  | Zasilanie urządzenia 100 - 240 V AC, 50-60 HZ | TAK, opisać  |  |
|  | Zabezpieczenie elektroniczne przed przegrzaniem o progu bezpieczeństwa >=41°C przy którym grzanie jest automatycznie wyłączane dla danego kanału. | TAK, opisać  |  |
|  | Zabezpieczenie elektroniczne przed przegrzaniem o progu bezpieczeństwa >=43°C przy którym system jest automatycznie wyłączany. | TAK, opisać  |  |
|  | Informacja w formie komunikatów na wyświetlaczu jednostki kontrolnej o pojawiających się problemach, awariach, mówiąca o rodzaju problemu czy awarii. | TAK, opisać  |  |
|  | Jednostka kontrolna z wbudowanym akumulatorem 14,4 V DC, 2600 mAh, litowo-jonowy. | TAK, opisać  |  |
|  | Jednostka kontrolna z 4.3 calowym, kolorowym ekranem dotykowym. | TAK, opisać  |  |
|  | Zasilanie jednostki kontrolnej: 100–240 V AC, 50–60 Hz, 195 W (195 VA) | TAK, opisać  |  |
|  | Zakres ustawialnej temperatury 25°C-40°C z krokiem co 0,5°C. | TAK, opisać  |  |
|  | „Auto-test” - automatyczne sprawdzanie poprawności działania kontrolki i alarmów przy każdym włączeniu urządzenia, pokazujące poprawność działania po każdym teście. | TAK, opisać  |  |
|  | Oprogramowanie jednostki kontrolnej umożliwiające wykonanie testu zabezpieczenia termicznego w materacach/kocach. | TAK, opisać  |  |
|  | Oprogramowanie jednostki kontrolnej umożliwiające wykonanie testu alarmu czujnika temperatury w materacach/kocach. | TAK, opisać  |  |
|  | Jednostka kontrolna wyposażona w 2 podłączenia, gdzie cały system zapewnia wystarczająco efektywne ogrzewanie pacjenta, ale z możliwością zastosowania równocześnie innych źródeł ogrzewania, np. lampa radiacyjna. | TAK, opisać  |  |
|  | Jednostka kontrolna waga: 1.7 kg. | TAK, opisać  |  |
|  | Uchwyt na jednostce kontrolnej umożliwiający trwałe mocowanie urządzenia na szynie lub stojaku, orientacja pozioma lub pionowa. | TAK, opisać  |  |
|  | Wymiar jednostki kontrolnej: 187 × 183 × 144 mm (181 mm z zamontowanym zaciskiem). | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość podpięcia do jednostki kontrolnej jednorazowego lub wielokrotnego użycia zewnętrznego czujnika temperatury. | TAK, opisać  |  |
|  | Jednostka kontrolna w II klasie ochronności przeciwporażeniowej z izolacją podwójną w celu zapewnienia pełnego bezpieczeństwa pacjenta i użytkownika. | TAK, opisać  |  |
|  | MATERAC | 2 szt.  |  |
|  | Materac systemu ogrzewającego pacjenta opartego na technologii „suchego grzania” – bez udziału wody i niepowodującego ogrzewania otoczenia. | TAK, opisać  |  |
|  | Urządzenie ciche w eksploatacji, nadające się do nieprzerywanej pracy, nie wymagające dodatkowej obsługi w czasie długotrwałych zabiegów. | TAK, opisać  |  |
|  | Urządzenie niewymagające materiałów jednorazowego użytku. | TAK, opisać  |  |
|  | Urządzenie nie zaburza widoczności pola operacyjnego. | TAK, opisać  |  |
|  | Uszkodzenie mechaniczne materaca podczas trwającej procedury, np. przecięcie skalpelem lub przekłucie, nie powoduje powstania bezpośredniego zagrożenia dla pacjenta lub personelu ani nie wymaga zatrzymania lub przerwania procedury. | TAK, opisać  |  |
|  | Warstwa grzewcza materaca wykonana w technologii uniemożliwiającej osiągnięcie temperatury wyższej w miejscu uszkodzenia niż ustawiona temperatura ogrzewania. | TAK, opisać  |  |
|  | Urządzenie w trakcie działania (podłączone do zasilania lub działające na zasilaniu bateryjnym) pozwalające na bezpieczne przeprowadzenie defibrylacji. | TAK, opisać  |  |
|  | Urządzenie nie powoduje zakłóceń podczas pracy diatermii. | TAK, opisać  |  |
|  | Odłączane przewody łączące jednostkę kontrolną z materacami o długości 3 m z wtykiem kątowym. | TAK, opisać  |  |
|  | Złącze przewodów materaca i przewodu jednostki kontrolnej pyłoszczelne i wodoszczelne – klasa ochrony IP61 lub równoważna | TAK, opisać  |  |
|  | Wtyk oraz gniazdo złącza przewodów materaca i przewodu jednostki kontrolnej pyłoszczelne i wodoszczelne – klasa ochrony IP65 lub równoważna | TAK, opisać  |  |
|  | Obudowy konektorów łączących przewód materaca z przewodem jednostki kontrolnej w całości wykonane z tworzywa sztucznego zapewniającego pełną izolację od przewodów wewnętrznych. | TAK, opisać  |  |
|  | Warstwa grzewcza materaca wykonana z elastycznego polimeru gwarantująca równomiernie ogrzewanie na całej powierzchni wraz z warstwą 18mm pianki zmniejszającej nacisk oraz z wygodną podszewką poliestrową. | TAK, opisać  |  |
|  | Powłoka zewnętrzna materaca wykonana z nylonu z warstwą poliuretanową, biokompatybilna w kontakcie ze skórą. | TAK, opisać  |  |
|  | Powłoka zewnętrzna materaca szczelnie zamknięta, stopień ochrony IP32. | TAK, opisać  |  |
|  | Jednolita konstrukcja materaca minimalizująca ryzyko zakażeń (brak konieczności użycia pokrowców lub innych elementów dodatkowych). | TAK, opisać  |  |
|  | Ogrzewanie wyłącznie na styku ciała pacjenta z materacem. | TAK, opisać  |  |
|  | Materac przezierny dla promieni RTG. | TAK, opisać  |  |
|  | Materac o rozmiarze: 1200 × 585 mm (+/- 10 mm); | TAK, opisać  |  |
|  | Zasilanie urządzenia 26V DC. | TAK, opisać  |  |
|  | Wbudowany w materac jeden sterujący czujnik temperatury gwarantujący równomierne ogrzewanie na całej powierzchni materaca. | TAK, opisać  |  |
|  | Wbudowane w materac niezależne zabezpieczenie przed przegrzaniem. | TAK, opisać  |  |
|  | Zabezpieczenie przed przegrzaniem wbudowane w materac o progu bezpieczeństwa >=42°C przy którym grzanie jest automatycznie wyłączane. | TAK, opisać  |  |
|  | Zabezpieczenie elektroniczne przed przegrzaniem o progu bezpieczeństwa >=41°C przy którym grzanie jest automatycznie wyłączane dla danego kanału. | TAK, opisać  |  |
|  | Zabezpieczenie elektroniczne przed przegrzaniem o progu bezpieczeństwa >=43°C przy którym system jest automatycznie wyłączany. | TAK, opisać  |  |
|  | Informacja w formie komunikatów na wyświetlaczu jednostki kontrolnej o pojawiających się problemach, awariach, mówiąca o rodzaju problemu czy awarii. | TAK, opisać  |  |
|  | Zakres ustawialnej temperatury 25°C-40°C z krokiem co 0,5°C. | TAK, opisać  |  |
|  | Waga materaca: maks. 2,0 kg | TAK, opisać  |  |
|  | Materac przeznaczony do ogrzewania pacjentów niezależnie od wieku i wzrostu. | TAK, opisać  |  |
|  | Umieszczenie naklejki na materacu nie powoduje uszkodzenia warstwy grzewczej. | TAK, opisać  |  |
|  | Materac zawierający integralne pasy zawierające guziki zatrzaskowe służące do szybkiego i bezpośredniego mocowania materaca do stołu, niewymagające przywiązania materaca do stołu, oraz uchwyt do bezpiecznego przechowywania. | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 6. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| Wartość netto : |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 6-Stolik zabiegowy – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Stelaż ze stali kwasoodpornej | TAK, opisać  |  |
|  | Wyposażony koła o średnicy ok 55mm, w tym co najmniej dwa z blokadą  | TAK, opisać  |  |
|  | Blat ze stali kwasoodpornej  | TAK, opisać  |  |
|  | Uchylna miska ze stali nierdzewnej | TAK, opisać  |  |
|  | Wymiary całkowite: 740x440x810 mm | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość czyszczenia ogólnodostępnymi środkami  | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Deklaracja zgodności CE | Tak, podać  |  |
| Wartość netto : |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 5-Wózek anestezjologiczny – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Wózek anestezjologiczny | TAK, opisać  |  |
|  | szafka z 4 szufladami (wysokość frontów: 1x234mm, 3x156mm) | TAK, opisać  |  |
|  | 1x blat boczny wysuwany stalowy lakierowany proszkowo | TAK, opisać  |  |
|  | Min. 3x odcinki szyny instrumentalnej, | TAK, opisać  |  |
|  | 1x pojemnik na narzędzia 325x175x40mm | TAK, opisać  |  |
|  | 1x poj. na zużyte igły | TAK, opisać  |  |
|  | 1x kosz na cewniki ze stali kwasoodpornej 115x115x500mm. | TAK, opisać  |  |
|  | 1x kosz kolanowy | TAK, opisać  |  |
|  | 1x zamek centralny | TAK, opisać  |  |
|  | 1x półka nadblatowa z tworzywa ABS 600x200mm | TAK, opisać  |  |
|  | 1x nadstawka 11 poj. (5+6) | TAK, opisać  |  |
|  | 2x odcinki szyny na nadstawce | TAK, opisać  |  |
|  | Blat z tworzywa ABS w kolorze białym, z pogłębieniem, otoczony z 3 stron bandami o wysokości 40 mm | TAK, opisać  |  |
|  | Szafka stalowa lakierowana proszkowo na biało, front lakierowany na kolor wg palety RAL, prowadnice szuflad z samodociągiem, korpus szafki wyposażony w materiał wygłuszający, niechłonący wilgoci, minimalizujący wibracje, wyposażona w uchwyt do prowadzenia | TAK, opisać  |  |
|  | Stelaż nadstawki lakierowany proszkowo na biało, z kanałami montażowymi po wewnętrznej stronie, umożliwiającymi regulację wysokości położenia szyn instrumentalnych oraz rozbudowę wózka o wyposażenie dodatkowe wyłącznie za pomocą elementów złącznych, bez konieczności wykonywania otworów | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| Wartość netto : |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***