

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

PAKIET 1

Kardiomonitor

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|--|---|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| KARDIOMONITOR – Ilość 1 szt. | | | | |
| II. WYMAGANIA OGÓLNE | | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i powystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym i przeszkolenia personelu technicznego w zakresie obsługi technicznej. | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) dokumentację techniczną (serwisową) oferowanego urządzenia w wersji elektronicznej, 3) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 4) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 5) paszport techniczny, 6) karty gwarancyjne, 7) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaofiarowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzebiegającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| II. PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | | |
| 1 | Kardiomonitor przenośny o budowie kompaktowej – moduły pomiarowe fabrycznie wbudowane. | TAK, opisać | - | |
| 2 | Monitor wyposażony we wbudowany fabrycznie uchwyt do przenoszenia. | TAK | - | |
| 3 | Monitorowanie; EKG, SpO2, NIBP, minimum 2 kanały temperatury, Respiracja (oddech). | TAK | - | |
| 4 | Monitor kompaktowy przeznaczony dla wszystkich grup wiekowych – noworodków, dzieci i dorosłych. | TAK | - | |
| 5 | Zasilany z sieci 230 V AC / 50 Hz | TAK | - | |
| 6 | Waga nie więcej niż 4,5 kg z akumulatorem | TAK | - | |
| 7 | Wbudowany akumulator zapewniający zasilanie awaryjne min 1 szt. 2,1Ah | TAK, podać | 1szt. Akumulatora – 0 pkt, 2szt. Akumulatora – 15 pkt | |
| 8 | Zasilanie awaryjne zapewniające monitorowanie min.: EKG, SpO2, Oddech, NIBP, Temp, przez co najmniej 7 godzin w przypadku zaniku zasilania z sieci elektrycznej, z automatycznym przełączeniem się na zasilanie awaryjne. | TAK | - | |
| 9 | Chłodzenie konwekcyjne. Konstrukcja monitora nie zawierająca jakichkolwiek wentylatorów. | TAK | - | |

| | | | | |
|-----|---|-----|---|--|
| 10. | Monitor dostosowany do pracy w systemie centralnego monitorowania, wyposażony w kartę sieciową do połączenia ze stacją centralnego monitorowania. | TAK | - | |
| 11. | Kardiomonitor przystosowany do pracy w sieci centralnego monitorowania w standardzie Ethernet. | TAK | - | |
| 12. | Pojedynczy, kolorowy ekran LCD wbudowany w kardiomonitor o przekątnej minimum 12,1" | TAK | ekran 12,1" - 0 pkt ekran > 12,1" – 20 pkt | |
| 13. | Podać przekątną. | TAK | - | |
| 14. | Rozdzielczość nie gorsza niż 800 x 600 pikseli. | TAK | - | |
| 15. | Podać rozdzielczość. | TAK | - | |
| 16. | Funkcja regulacji jasności. | TAK | - | |
| 17. | Ekran konfigurowalny ze względu na informacje wyświetlane na ekranie | TAK | - | |
| 18. | Jednoczesna prezentacja min. 11 krzywych dynamicznych na ekranie | TAK | - | |
| 19. | Możliwość zatrzymania w dowolnym momencie krzywych na ekranie (tzw. zamrożenia) w celu dokładnej analizy | TAK | - | |
| 20. | Możliwość zaprogramowania minimum następujących konfiguracji: ekran dużych liczb (podzielony na cztery elementy), ekran podstawowych parametrów życiowych (ekran podzielony na cztery części – na trzech parametry – HR, PR oraz NIBP i na czwartej krzywe – EKG i pleth), ekran trendów obok krzywych, ekran OxyCRG oraz ekran 12 odprowadzeń EKG. | TAK | - | |
| 21. | Sterowanie funkcjami monitora za pomocą ekranu dotykowego, stałych przycisków do uruchamiania najczęściej używanych funkcji min. wyciszenie alarmu, uruchamianie pomiaru ciśnienia, dostęp do menu, oraz pokrętła funkcyjnego | TAK | - | |
| 22. | Monitor wyposażony w funkcję „standby”, pozwalającą na wstrzymanie monitorowania pacjenta, związane np. z czasowym odłączeniem go od monitora, bez konieczności wyłączenia monitora i na szybkie, ponowne uruchomienie monitorowania | TAK | - | |
| 23. | Pasek menu wyświetlany u dołu ekranu zawierający skróty do najczęściej używanych funkcjonalności (możliwość wybierania elementów do wyświetlenia oraz ich kolejności). | TAK | - | |
| 24. | Oprogramowanie kardiomonitora pozwala na ustawienie (w zależności od aktualnych potrzeb) różnych konfiguracji ekranu, różniących się rozmieszczeniem i wielkością elementów. | TAK | - | |
| 25. | Oprogramowanie w języku polskim | TAK | - | |
| 26. | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim (menu, komunikaty, opisy elementów sterujących). | TAK | - | |
| 27. | Funkcja trybu nocnego (wygaszony ekran, podświetlenia klawiszy, obniżona głośność alarmu, brak sygnału pulsu). | TAK | - | |
| 28. | Funkcja podglądu łóżka zdalnego (w obrębie tej samej sieci) | TAK | - | |
| 29. | Funkcja wyświetlania na ekranie głównym punktacji wg Skali Wczesnego Ostrzegania MEWS (kondycji zdrowotnej pacjenta) | TAK | - | |
| 30. | Tryby pracy: - monitorowanie - symulacja pacjenta (do celów szkoleniowych) – włączenie zabezpieczone hasłem - konfiguracja – włączenie zabezpieczone hasłem - serwis – włączenie zabezpieczone hasłem | TAK | - | |
| 35. | Fabrycznie zaprogramowane profile ustawień odpowiednio dla wszystkich grup wiekowych pacjentów (noworodki, dzieci, dorośli). | TAK | - | |
| 36. | Funkcja definiowania co najmniej 3 własnych profili pacjentów z odpowiednimi ustawieniami. | TAK | - | |
| 37. | Funkcje dopasowania zawartości menu ekranowego do potrzeb użytkownika. Możliwość zmiany kolejności pozycji w menu oraz ukrycia niewykorzystywanych pozycji / funkcji. | TAK | - | |
| 38. | Funkcja - ekranu dużych liczb (cztery parametry z odpowiednimi krzywymi, do wyboru przez użytkownika), | TAK | - | |
| 39. | Oprogramowanie realizujące funkcje: - kalkulatora lekowego - kalkulatora parametrów hemodynamicznych, wentylacyjnych i utlenowania - obliczenia nerkowe Pomiar EKG | TAK | - | |
| 44. | Monitorowanie z rozłącznego kabla 5 odprowadzeniowego. | TAK | - | |
| 45. | Możliwość monitorowania 12 odprowadzeń EKG - wyświetlanie do 12 odprowadzeń jednocześnie przy zastosowaniu odpowiedniego kabla pomiarowego (kabel nie jest wymagany przy dostawie) | TAK | - | |
| 46. | Zakres pomiaru częstości akcji serca; co najmniej w zakresie 15 – 300 bpm. Podać oferowany zakres. | TAK | - | |
| 47. | Dokładność pomiaru częstości akcji serca przynajmniej 3 % w całym zakresie pomiarowym. Podać oferowaną wartość. | TAK | - | |
| 48. | Sygnalizacja zespołu QRS. | TAK | - | |
| 49. | Funkcja wykrywania impulsu stymulatora serca. | TAK | - | |
| 50. | Prezentacja liczbowa wartości HR, PVC, ST | TAK | - | |
| 51. | Wieloodprowadzeniowa analiza EKG do zliczania częstości akcji serca i do analizy arytmii | TAK | - | |
| 52. | Analiza odcinka ST. Wyświetlanie odchylenia odcinka ST ze wszystkich kanałów jednocześnie na ekranie głównym kardiomonitora (bez uruchamiania dodatkowych okien) | TAK | - | |
| 53. | Analiza odchylenia odcinka ST ze wszystkich monitorowanych odprowadzeń w zakresie min od -2,0 mV do +2,0 mV. Podać oferowany zakres. | TAK | - | |
| 54. | Pomiar arytmii | TAK | - | |

| | | | | |
|---|---|-----|---|--|
| 55. | Monitorowanie arytmii | TAK | - | |
| 56. | Analiza co najmniej 16 arytmii. Podać ilość. | TAK | - | |
| 57. | Pomiar respiracji | TAK | - | |
| 58. | Respiracja metodą impedancyjną | TAK | - | |
| 59. | Pomiar częstości oddechu w zakresie co najmniej 3-150 odd/min Podać zakres. | TAK | - | |
| 60. | Prezentacja fali oddechu krzywą dynamiczną oraz cyfrowo. | TAK | - | |
| 61. | Funkcja ręcznego ustawiania progu detekcji oddechów. | TAK | - | |
| 62. | Funkcja regulacji czasu bezdechu. | TAK | - | |
| Pomiar saturacji | | | | |
| 64. | Pomiar SpO2, z prezentacją krzywej pletyzmograficznej, wartości SpO2 oraz tętna, z wykluczeniem artefaktów ruchowych. | TAK | - | |
| 65. | System monitorowania zapewniający poprawne pomiary przy słabym lub zakłóconym sygnale. Algorytm pomiarowy odporny na niską perfuzję, wstrząsy i artefakty ruchowe. | TAK | - | |
| 66. | Zakres pomiarowy saturacji min. 0-100% i rozdzielczością nie gorszą niż 1%. Podać oferowaną rozdzielczość. | TAK | - | |
| 67. | Dokładność pomiarowa saturacji w całym zakresie 70-100% nie gorsza niż 2%. Podać oferowaną wartość. | TAK | - | |
| 68. | Zakres pomiarowy pulsu min. 25-300 /min z dokładnością nie gorszą niż +/- 2 bpm w całym zakresie pomiarowym. Podać oferowane wartości zakresu i dokładności | TAK | - | |
| 69. | Regulowany czas odpowiedzi (uśredniania) – min 3 wartości. | TAK | - | |
| 70. | Modulacja wysokości dźwięku pulsu w zależności od poziomu saturacji | TAK | - | |
| Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną | | | | |
| 72. | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia metodą oscylometryczną | TAK | - | |
| 73. | Pomiar na żądanie, automatyczny co określony czas, ciągłe pomiary przez określony czas | TAK | - | |
| 74. | Prezentacja wartości; skurczowej, rozkurczowej oraz średniej | TAK | - | |
| 75. | Zakres pomiarowy ciśnienia rozkurczowego min. 10-210 mmHg. Podać oferowany zakres. | TAK | - | |
| 76. | Zakres pomiarowy ciśnienia skurczowego min. 40-270 mmHg. Podać oferowany zakres. | TAK | - | |
| 77. | Dokładność pomiarowa ciśnienia w całym zakresie nie gorsza niż +/- 5 mmHg. Podać oferowaną wartość. | TAK | - | |
| 78. | Zakres pomiaru tętna min. 40-240bpm z dokładnością min. ±3 bpm lub 3,5%. Podać oferowane wartości. | TAK | - | |
| 79. | Pomiar automatyczny w minimalnym zakresie od 1 do 480 min. Podać oferowany zakres. | TAK | - | |
| 80. | Funkcja zaprogramowania sekwencji pomiarowej z programowaniem odstępów między pomiarami min. od 1 minuty do 8 godzin dla min 15 różnych wartości. Podać zakres i liczbę programowanych wartości. | TAK | - | |
| 81. | Fabrycznie zaprogramowane różne wartości początkowe ciśnienia w mankiecie dla różnych grup wiekowych pacjentów: dorosły, dziecko, noworodek | TAK | - | |
| 82. | Zabezpieczenie ciśnieniowe: max 300+/-20 mmHg | TAK | - | |
| 83. | Układ pomiarowy wyposażony w eliminację artefaktów ruchowych | TAK | - | |
| 84. | W komplecie wielorazowy przewód i zestaw wielorazowych mankietów dla dorosłych, 2 różne rozmiary, mankiety pomiarowe bez lateksu | TAK | - | |
| Pomiar temperatury | | | | |
| 86. | Dwa tory pomiaru temperatury | TAK | - | |
| 87. | Pomiar temperatury powierzchniowej i głębokiej | TAK | - | |
| 88. | Zakres mierzonych temperatur min. 5-50°C z rozdzielczością 0,1°C w całym zakresie pomiarowym. Podać oferowany zakres. | TAK | - | |
| 89. | Dokładność pomiaru temperatury przynajmniej +/- 0,1°C w całym zakresie pomiarowym. Podać oferowaną dokładność. | TAK | - | |
| 90. | Wyświetlanie temperatury T1, T2 i różnicy temperatur. | TAK | - | |
| 91. | Możliwość stosowania czujników jednorazowych oraz wielorazowych. | TAK | - | |
| Alarmy | | | | |
| 93. | Alarmy o różnych poziomach ważności. | TAK | - | |
| 94. | Alarmy 3-stopniowe (wizualne i akustyczne) wszystkich parametrów z klasyfikacją priorytetu alarmu, | TAK | Alarmy poniżej 3 stopni - 0 pkt. Alarmy 3 stopniowe - 5pkt. | |
| 95. | Funkcja zawieszenia czasowego alarmu | TAK | - | |
| 96. | Czas zawieszania programowany przez użytkownika w zakresie min. 1 – 3 min i na stałe. Podać oferowany zakres. | TAK | - | |
| 97. | Ustawianie granic alarmowych wszystkich parametrów ręczne. | TAK | - | |
| Pamięć alarmów | | | | |
| 99. | Pamięć co najmniej 200 zdarzeń alarmowych z czasem wystąpienia, pamięcią wartości wszystkich parametrów które były monitorowane podczas alarmu oraz krzywej z regulacją długości zapisu od 8 do 32 sekund | TAK | - | |
| 100. | Alarmy dotyczące stanu pacjenta na podstawie Skali wczesnego Ostrzegania uwzględniającej kryteria oceny min. następujących parametrów: wiek, HR, Temp, Resp, Sys oraz stopnia świadomości. | TAK | - | |
| 101. | Trendy tabelaryczne i graficzne z ostatnich min. 120 godzin monitorowania dla wszystkich mierzonych parametrów. | TAK | - | |
| 102. | Prezentacja MEWS w postaci tabelarycznych trendów | TAK | - | |
| 103. | Możliwość zapisania do 48 godzin krzywych dynamicznych (EKG i wszystkich innych monitorowanych) w pamięci wbudowanej. | TAK | - | |
| 104. | Funkcja zapisu krzywych również na pendrive w celu przeniesienia danych do zewnętrznego systemu. | TAK | - | |
| 105. | Możliwość podłączenia ekranu powielającego do kardiomonitora. | TAK | - | |
| 106. | Możliwość zapisu zrzutu ekranowego z monitora na pamięci zewnętrznej typu pendrive (opisać). | TAK | - | |

| | | | | |
|---|--|------------|--|--|
| 107. | Złącze USB pozwalające na podłączenia klawiatury, myszy, lub pamięci USB w celu przenoszenia danych lub aktualizacji oprogramowania monitora. | TAK | - | |
| 108. | Upgrade oprogramowania monitora dostępny nieodpłatnie i możliwy do zainstalowania przez personel techniczny szpitala w prosty sposób nie wymagający użycia dodatkowych narzędzi poza nośnikiem danych (np. pendrive USB). | TAK | - | |
| Pomiar kapnografii (możliwość rozbudowy) | | | | |
| 110. | Monitorowanie EtCO ₂ , FiCO ₂ , AwRR w technologii strumienia bocznego | TAK | - | |
| 111. | Pomiar EtCO ₂ w zakresie min. 0 – 150 mmHg | TAK | - | |
| 112. | Dokładność pomiaru EtCO ₂ ±2 mmHg w zakresie od 0 mmHg do 40 mmHg | TAK | - | |
| 113. | Pomiar AwRR w zakresie min. od 2 odd./min do 150 odd./min | TAK | - | |
| 114. | Możliwość regulacji czasu próbkowania (min. dwie prędkości) | TAK | - | |
| 115. | Czas odpowiedzi na zmiany CO ₂ poniżej 4s | TAK | - | |
| 116. | Możliwość wstrzymania pomiaru (wyłączenia układu pomiarowego) bez konieczności odłączania modułu od urządzenia | TAK | - | |
| 117. | Rozpoczęcie pomiaru po min. 20 sekundach. Pełna dokładność w czasie maksymalnie 2 minut | TAK | - | |
| 118. | Regulowany czas zwłoki alarmu bezdechu w zakresie min. 10 – 60 s | TAK | - | |
| Możliwości rozbudowy kardiomonitora | | | | |
| 120. | Moduł pomiaru ciśnienia IBP dwa kanały | TAK | - | |
| 121. | Możliwość rozbudowy o kolejne min. 10 kategorii analizy arytmii. Podać oferowaną ilość. | TAK | - | |
| 122. | Możliwość rozbudowy o wewnętrzny moduł Wi-Fi | TAK | - | |
| Elementy wyposażenia monitora | | | | |
| 124. | Kabel EKG do monitorowania 3/5 odprowadzeń z możliwością wymiany pojedynczych kabli elektrod w razie uszkodzenia (1szt.) | TAK | - | |
| 125. | Wielorazowy czujnik na palec dla dorosłych typu klips wyposażony w harmonijkowe, zintegrowane osłony chroniące przed dostępem światła z zewnątrz, zakłócającego pomiar w miejscach nasłonecznionych (1szt.) | TAK | - | |
| 126. | Przewód ciśnieniowy oraz mankiety ciśnieniowe 4szt. w różnych rozmiarach | TAK | - | |
| 127. | Czujnik pomiaru temp. głębokiej (2szt.) | TAK | jednorazowy - 0 pkt wielorazowy - 15 pkt | |
| 128. | Dedykowane mocowanie monitora do ściany (z koszykiem na akcesoria) zapewniające ruch monitora w min. dwóch płaszczyznach lub dedykowany statyw jezdny (do wyboru przez Zamawiającego na etapie realizacji) | TAK | - | |
| 129. | Jednorazowy czujnik pomiaru saturacji dla noworodka - 5szt. | TAK | - | |
| 130. | Jednorazowy czujnik pomiaru saturacji dla dzieci - 5szt. | TAK | - | |
| III. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna odpowiedzialność) bez płatności | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesięcy - 5 pkt.; 48 miesięcy - 15 pkt. Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt I.5 | |
| 2 | Wykonawca zapewnia przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - | |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - | |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upelnomocniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....

(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.



OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

PAKIET 2
Defibrylator

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|--|---|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| DEFIBRYLATOR – ilość 1 szt. | | | | |
| II. WYMAGANIA OGÓLNE | | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i powystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym i przeszkolenia personelu technicznego w zakresie obsługi technicznej. | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) dokumentację techniczną (serwisową) oferowanego urządzenia w wersji elektronicznej, 3) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 4) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 5) paszport techniczny, 6) karty gwarancyjne, 7) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski 8) certyfikaty imienne dla osób przeszkolonych - należy dostać do 14 dni od daty przeprowadzenia szkolenia | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaoferowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 pkt. 7) | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzekraczającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| II. PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | | |
| Konfiguracja: | | | | |
| 1 | miar Spo2 | TAK | | |
| 2 | miar 3-odpr. EKG, | TAK | | |
| 3 | Energia wyładowania: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 20, 30, 50, 75, 100, 120, 150, 200 [J] | TAK | min zakres - 0 pkt. ponad zakres pozycje skrajne - 5 pkt. | |
| 4 | OneStep System | TAK | OneStep System - 5 pkt. brak - 0 pkt. | |
| 5 | CPR Expansion Pack | TAK, podać | | |
| 6 | Slot karty WiFi, | TAK | | |
| 7 | Port USB | TAK | | |
| 8 | Możliwość stymulacji zewnętrznej z jednorazowych wymiennych elektrod | TAK | | |

| Wyposażenie: | | | |
|---------------------|---|------------|--|
| 9 | akumulator litowo-jonowy, | TAK | |
| 10 | kabel One Step CPR, | TAK | |
| 11 | organizer kabla OneStep, | TAK | |
| 12 | 3-odpr. kabel EKG do kabla OneStep, | TAK | |
| 13 | kabel zasilania AC | TAK | |
| 14 | Kabel LNCS 1.2 m do czujników wielorazowych oraz Czujnik (kilps palcowy) dla dorosłych; | TAK | |
| 15 | Elektrody jednorazowe do stymulacji dla dorosłych i dzieci po 3 pary kompletów = 6 kpl. | TAK, podać | |
| 16 | Łyżki zewnętrzne dla dorosłych i dzieci po 1 parze. = 2 kpl. | TAK | |
| III. | WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | - | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja) | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesięcy - 5 pkt.; 48 miesięcy - 15 pkt. Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt I.5 |
| 2 | Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
PAKIET 3
Respirator

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|--|---|--|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| RESPIRATOR – ilość 1 szt. | | | | |
| II. WYMAGANIA OGÓLNE | | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i wystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym i przeszkolenia personelu technicznego w zakresie obsługi technicznej. | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) dokumentację techniczną (serwisową) oferowanego urządzenia w wersji elektronicznej, 3) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 4) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 5) paszport techniczny, 6) karty gwarancyjne, 7) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski 8) certyfikaty imienne dla osób przeszkolonych - należy dostać do 14 dni od daty przeprowadzenia szkolenia | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaofiarowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 pkt. 7) | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzebiegającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| II. PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | | |
| KONTROLA/USTAWIENIA | | | | |
| 1 | Tryby : Zaprogramowane ustawieniaszybkiego startu (Quick Start) | TAK | - | |
| 2 | (Ciśnienie lub Objętość) A/CMV | TAK | - | |
| 3 | (Ciśnienie lub Objętość) SIMV | TAK | - | |
| 4 | CPAP | TAK | - | |
| 5 | Bi-PAP (programowalny) | TAK | - | |
| 6 | NIV (wentylacja nieinwazyjna) dostępne we wszystkich modelach | TAK | - | |
| 7 | Objętość oddechow min. 40 do 2,000 ml | TAK | - | |
| 8 | RR (częstość oddechów) 0,5 do 60 oddechów/min. | TAK | - | |
| 9 | I Time (czas wdechu) 0,5 do 2,0 sek. | TAK | - | |
| 10 | PEEP/CPAP 0 do 25 cm H ₂ O / 0 do 25 mbar | TAK | - | |
| 11 | PS (wentylacja wspomagana ciśnieniem) ++ 0 do 25 cm H ₂ O / 0 do 25 mbar* | TAK | - | |
| 12 | Przepływ 5 do 60 l/min (przepływy ≥ 80 l/min. w opcji PS, CPAP i demand flows) | TAK | - | |
| 13 | Kontrola ciśnienia (Target Pressure) 15 do 55 cm H ₂ O / 15 do 55 mbar | TAK | - | |

| | | | | |
|--|---|------------|--|--|
| 14 | Ptryg (Czułość) -5 do -1 cm H2O / -5 do -1 mbar | TAK | - | |
| 15 | Wdech ręczny 2 sekundy maksimum | TAK | - | |
| 16 | FiO2 21 do 1,00 | TAK | - | |
| 17 | Maksymalny czas 2 sekundy | TAK | - | |
| 18 | Flow Wave Pattern Prosty lub zstępujący † | TAK | - | |
| 19 | Funkcja automatycznej blokady ON / OFF | TAK | - | |
| 20 | Zdalny alarm (opcja) Normalnie Otwarte / Zamknięte | TAK | - | |
| 21 | *PEEP + PS nie może przekroczyć 25 cm H2O/mbar † Na podstawie wybranego typu | TAK | - | |
| Parametry monitorowane Parametry obliczone | | | | |
| 22 | Paw-średnie ciśnienie oddechowe (szczyt, podstawa) I:E stosunek | TAK | - | |
| 23 | Objętość oddechowa Przepływ | TAK | - | |
| 24 | Liczba spontanicznych oddechów FiO2 | TAK | - | |
| 25 | Poziom baterii zintegrowanej | TAK | - | |
| 26 | Poziom baterii zewnętrznej – jeśli dołączona | TAK | - | |
| Alarmy | | | | |
| 27 | Wysokie ciśnienie w drogach oddech 10 do 55cmH2O / 10 do 55 mbar | TAK | - | |
| 28 | Niskie ciśnienie w drogach oddech 5 do 15 cmH2O / 10 do 55 mbar | TAK | - | |
| Alarm przerwania pracy | | | | |
| 29 | Bezdech 20 sekundowe ustawienia, opcja wentylacji bezdechu | TAK | - | |
| 30 | Niskie ciśnienie O2 Włącza się 40-37 psi | TAK | - | |
| 31 | Niski poziom powietrza Włącza się 40-37 psi | TAK | - | |
| 32 | Alarm Usterka | TAK | - | |
| 33 | Rozładowana bateria Pozostało około 20 minut pracy z baterii | TAK | - | |
| 34 | Wyciszenie / resetowanie min. 110 sekund | TAK | - | |
| Pneumatyka | | | | |
| 35 | Podawanie gazu Podwójna wewnętrzna membrana | TAK | - | |
| 36 | Tlen/Mieszanka Zintegrowana | TAK | - | |
| III. WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZASILANIA | | | | |
| 1 | Zasilanie prądem zmiennym 110-240 VAC, 50/60 Hz | TAK | - | |
| 2 | Zasilanie prądem stałym 11-15 VDC, max. 5A | TAK | - | |
| IV. PARAMETRY AKUMULATORA | | | | |
| Zintegrowana bateria | | | | |
| 1 | Rodzaj akumulatora Kwasowo-olowiowy | TAK | - | |
| 2 | Czas pracy; 100% O2 7,5 godziny | TAK | - | |
| 3 | Czas pracy; 60% O2 7,5 godziny | TAK | - | |
| 4 | Czas pracy; 100% powietrze (sprężone) 7 godzin | TAK | - | |
| Akumulator zewnętrzny (MCV-AUXBAT) na wyposażeniu | | | | |
| 5 | Rodzaj akumulatora Kwasowo/olowiowy | TAK | - | |
| 6 | Czas pracy; 100% O2 21 godzin | TAK | - | |
| 7 | Czas pracy; 60% O2 21 godzin | TAK | - | |
| 8 | Czas pracy; 100% powietrze (sprężone) 21 godzin | TAK | - | |
| Wymiary i waga | | | | |
| 9 | Szerokość 34 cm (13,3") | TAK | - | |
| 10 | Głębokość 13 cm (5,3") | TAK | - | |
| 11 | Wysokość 35 cm (13,8") | TAK | - | |
| 12 | Waga 8,5 kg (18,8 lbs) | TAK | - | |
| Środowisko pracy | | | | |
| 13 | Odporność na uderzenia 100 G | podać | TAK - 5pkt, NIE - 0 pkt. | |
| 14 | Wibracja Zgodnie z IEC 60068-2-6 | TAK | - | |
| 15 | Temperatura pracy 0°F do 122°F (-18°C do 50°C) | TAK | - | |
| 16 | Temp. przechowywania -40°F do 140°F (-40°C do 60°C) | TAK | - | |
| 17 | Wilgotność podczas pracy 5 do 95% bez kondensacji | TAK | - | |
| 18 | Wodoodporność IPx 22 | TAK | - | |
| V. POŁĄCZENIA SYGNAŁÓW | | | | |
| 1. | Zdalny alarm 1/4" przewód do podłączenia zdalnego alarmu lub systemu przywoławczego | podać | TAK - 5pkt, NIE - 0 pkt. | |
| VI. SPECJALNE FUNKCJE | | | | |
| 1 | Szybki Start Programowalne ustawienia do szybkiego wywołania ustalonych protokołów wentylacji | TAK | - | |
| 2 | Tryby niestandardowe 3 dodatkowe programowalne tryby niestandardowe dostępne do szybkiego przywołania | TAK | - | |
| 3 | Oszczędzanie tlenu Uożliwia stosowanie przepływu do 10 l/min. tlenu 3 do 40 psi przez port DISS lub do 10 l/min tlenu poniżej 10 psi przez wąsy dopasowane do koncentratora tlenu | TAK | - | |
| III. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja) | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesiące - 5 pkt.; 48 miesiące - 15 pkt. Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt I.5 | |
| 2 | Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - | |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - | |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....

(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Wsz – II.4.291.56.2018.UE

Załącznik nr 2 do SIWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
PAKIET 4
USG

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|--|---|--|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| USG – Ilość 1 szt. | | | | |
| II. WYMAGANIA OGÓLNE | | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i powystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym i przeszkolenia personelu technicznego w zakresie obsługi technicznej. | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) dokumentację techniczną (serwisową) oferowanego urządzenia w wersji elektronicznej, 3) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 4) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 5) paszport techniczny, 6) karty gwarancyjne, 7) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski 8) certyfikaty imienne dla osób przeszkolonych - należy dostać do 14 dni od daty przeprowadzenia szkolenia | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaoferowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 pkt. 7) | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzekraczającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| II. PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | | |
| 1 | Aparat mobilny- wszystkie elementy na wózku wraz z kółkami wyposażonymi w hamulce, waga poniżej 90 kg, możliwość regulacji pulpitu | podać | - | |
| 2 | Konstrukcja aparatu oraz oprogramowanie z roku 2017 | TAK | - | |
| 3 | Monitor LED powyżej 21" o rozdzielczości 1920x1080 px, panel dotykowy LED powyżej 8" i rozdzielczości 1280x800 px, możliwość zdefiniowania na panelu powyżej 3 pól, umożliwiających przełączenie głowicy i presetu równocześnie | podać | 21" - 0pkt., więcej niż 21" - 5 pkt. | |
| 4 | Pamięć powyżej 44.000 obrazów, zakres regulacji głębokości 2-38 cm, 4 porty głowic, dysk SSD powyżej 500 GB, kieszeń boczna na dokumenty lub tablety z uchwytem do głowicy endowaginalnej, podgrzewacz żelu | podać | TAK - 5pkt, NIE - 0 pkt. | |
| 5 | Frame rate powyżej: dla trybu 2D –1 950 Hz oraz dla Color Doppler – 320 Hz | TAK | - | |

| | | | | |
|---|---|------------|--|--|
| 6 | Dynamika systemu powyżej 250 dB | TAK | - | |
| 7 | Liczba procesowych kanałów systemowych powyżej 286 000 | TAK | - | |
| 8 | Tryb PW Doppler, zakres minimum 0,1 cm/s – 8,8m/s, wielkość bramki minimum od 0,5 do 25 mm, korekcja kąta minimum od -80 stopni do +80 stopni | TAK | Prędkość 0,1 cm/s – 8,8 m/s – 0pkt ; prędkość większa niż 0,1 cm/s- 8,8 m/s – 10 pkt | |
| 9 | Tryb CW Doppler, zakres 1cm/s – 19m/s | TAK | - | |
| 10 | Obrazowanie harmoniczne, obrazowanie harmoniczne w strefie bliskiej i dalekiej, obrazowanie typu Compound | TAK | - | |
| 11 | Głowica convex, obejmująca zakres częstotliwości 2-8 MHz, liczba elementów powyżej 190, promień 60-61 mm | TAK | - | |
| 12 | Możliwość rozbudowy o głowicę endowaginalną, obejmująca zakres częstotliwości 4-9 MHz, liczba elementów powyżej 120, promień poniżej 11 mm | TAK | - | |
| 13 | Głowica liniowa, liczba elementów powyżej 190, obejmująca zakres częstotliwości 3-16 MHz, szerokość skanu 38-39 mm | TAK | - | |
| 14 | Możliwość rozbudowy o głowicę kardiologiczną, ilość elementów powyżej 60, obejmująca zakres częstotliwości 2-4 MHz | TAK, podać | - | |
| 15 | Możliwość rozbudowy o głowicę wolumetryczną convex, zakres częstotliwości 4-8 MHz, ilość elementów powyżej 125 oraz głowicę wolumetryczną endowaginalną o zakresie częstotliwości 4-9 MHz, ilość elementów powyżej 190 | TAK | - | |
| 16 | Możliwość rozbudowy o elastografię, Strain, obrazowanie poprawiające wizualizację igły, obrazowanie panoramiczne, automatyczny pomiar IMT – wersja demonstracyjna dostarczona wraz z aparatem | TAK | - | |
| 17 | Videoprinter czarno-biały małego formatu | TAK | - | |
| 18 | Szkolenie aplikacyjne w siedzibie Zamawiającego | TAK | - | |
| 19 | Szkolenie dla 2 osób w certyfikowanym ośrodku szkoleniowym z diagnostyki obrazowej | TAK | - | |
| 20 | Autoryzowany przez producenta dostawca oraz autoryzowany przez producenta serwis | TAK | - | |
| 21 | Głowica microconvex 4-9 | TAK | - | |
| 22 | Na wyposażeniu głowica microconvex | TAK | - | |
| III. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja) | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesięcy - 5 pkt.; 48 miesięcy - 15 pkt. Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt 1.5 | |
| 2 | Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - | |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - | |
| 4 | Gwarancja aktualizacji oprogramowania do najnowszej, dostępnej wersji na rynku przez 36 miesięcy od dnia odbioru, podczas każdego, wykonywanego przeglądu | TAK | - | |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
PAKIET 5
Pompa infuzyjna

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|---|--|--|---------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| POMPA INFUZYJNA JEDNOSTRZYKAWKOWA – Ilość 1 szt. | | | | |
| II. WYMAGANIA OGÓLNE | | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i powystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym i przeszkolenia personelu technicznego w zakresie obsługi technicznej. | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) dokumentację techniczną (serwisową) oferowanego urządzenia w wersji elektronicznej, 3) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zaalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 4) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 5) paszport techniczny, 6) karty gwarancyjne, 7) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaoferowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 ppkt. 7) | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymagania związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzekraczającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| II. PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | | |
| 1 | Prędkość dozowania: nastawiana co 0,1 ml/h 0,1 ÷ 2000 ml/h dla strzykawkki 50 ml 0,1 ÷ 1200 ml/h dla strzykawkki 30 ml 0,1 ÷ 1000 ml/h dla strzykawkki 20 ml 0,1 ÷ 600 ml/h dla strzykawkki 10 ml | TAK | - | |
| 2 | Objętość infuzji: 0,1 ÷ 1000 ml, ustawiana co 0,1 ml | podać | TAK – 5pkt., NIE - 0 pkt. | |

| | | | | |
|---|---|------------|--|--|
| 3 | Maksymalna prędkość dozowania dawki uderzeniowej (bolus): nastawiana co 0,1 ml/h do 2000 ml/h dla strzykawki 50 ml do 1200 ml/h dla strzykawki 30 ml do 1000 ml/h dla strzykawki 20 ml do 600 ml/h dla strzykawki 10 ml | TAK | - | |
| 4 | Jednostki programowania infuzji: ml/h, µg/h, mg/h, µg/kg/h, mg/kg/h, µg/kg/min, mg/kg/min | TAK | - | |
| 5 | Dawka uderzeniowa (bolus): do objętości strzykawki, ustawiana co 0,1ml | TAK | - | |
| 6 | Dawka początkowa: do objętości strzykawki | podać | TAK – 5pkt., NIE - 0 pkt. | |
| 7 | Koncentracja leku: 0,1 ÷ 9999 µg/ml, mg/ml | TAK | - | |
| 8 | Waga pacjenta: do 300 kg | TAK | - | |
| 9 | Czas infuzji: maks. 99 godz. 59 min. 59 sek. | TAK | - | |
| 10 | Prędkość KVO: 0 ÷ 5 ml, programowana co 0,1 ml/h | TAK | - | |
| 11 | Przeładowane ciśnienie okluzji - 9 poziomów: 40 ÷ 120 kPa co 10 kPa | TAK | - | |
| 12 | Prędkość dozowania: 299 (wg wymagań normy PN-EN 60601-1) | TAK | - | |
| 13 | Typy strzykawek: 10, 20, 30, 50/60 ml (firm wyszczególnionych w Instrukcji Użytkownika) | podać | TAK – 5pkt., NIE - 0 pkt. | |
| 14 | Zasilanie: 100 - 240 VAC, 50/60 Hz lub 12 - 15 VDC | TAK | - | |
| 15 | Pobór mocy: maks. 10 VA | TAK | - | |
| 16 | Akumulator wewnętrzny: NiMH (1300 mAh) | TAK | - | |
| 17 | Czas pracy z akumulatora: 20 h przy prędkości 5 ml/h. | TAK | - | |
| 18 | Czas ładowania akumulatora: 24 h | TAK | - | |
| 19 | Klasa ochronności: I, typ CF, IP42, odporność na defibrylację | TAK | - | |
| 20 | Wymagania bezpieczeństwa: EN 60601-1 EN 60601-1-2 (EMC) EN 60601-2-24 MDD 93/42/EEC | TAK | - | |
| 21 | Masa pompy: < 2,5 kg | podać | TAK – 5pkt., NIE - 0 pkt. | |
| 22 | Wymiary gabarytowe (s x g x w): 320 x 182 x 142 mm | TAK | - | |
| 23 | Warunki pracy urządzenia: temperatura otoczenia od +5 °C do +40 °C | TAK | - | |
| | wilgotność względna 20% ÷ 90% | TAK | - | |
| | Właściwości urządzenia | TAK | - | |
| 24 | Interfejs: RS 232 C 9600 Bd | TAK | - | |
| 25 | Gniazdo alarmu zewnętrznego: 24 V, 1 A | TAK | - | |
| 26 | Wyświetlacz: LCD duży, czytelny, dwuwierszowy, 2 x 16 znaków | TAK | - | |
| 27 | Inne możliwości: • likwidacja bolusa okluzyjnego (ABS) • automatyczne rozpoznawanie strzykawek • informacja o stanie naładowania akumulatora • biblioteka leków z możliwością modyfikacji (64 leki) • infuzje wlofazowe z możliwością zapisania profilu • wskaźnik ciśnienia infuzji • programowanie nazwy oddziału • blokada zmiany parametrów hasłem • funkcja wypełniania drenu • funkcja STAND-BY (1 sek - 24h) • testy użytkownika i serwisowe | TAK | - | |
| 28 | Historia infuzji: ok. 2000 zdarzeń | TAK | - | |
| III. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja). | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesięcy - 5 pkt.; 48 miesięcy - 15 pkt. Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt I.5 | |
| 2 | Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - | |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - | |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upelnomocniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

WSz – II.4.291.56.2018.UE

Załącznik nr 2 do SIWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
PAKIET 6
Aparat do podgrzewania płynów infuzyjnych

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|---|---|--|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Aparat do podgrzewania płynów infuzyjnych – ilość 1 szt. | | | | |
| II. | WYMAGANIA OGÓLNE | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i wystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) dokumentację techniczną (serwisową) oferowanego urządzenia w wersji elektronicznej, 3) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 4) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 5) paszport techniczny, 6) karty gwarancyjne, 7) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaofiarowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 pkt. 7) | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzekraczającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| III | PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | |
| 1 | Urządzenie do podgrzewania płynów infuzyjnych i krwi | TAK, podać | - | |
| 2 | Wymiary: sterownik: 23,6 cm x 16,8 cm x 9,7 cm; ogrzewacz: 12,7 cm x 6,6 cm x 3,0 cm | TAK | - | |
| 3 | Temperatura grzania ustalona na stałym poziomie 40°C. Łatwy odczyt temperatury, możliwy w pozycji pionowej i poziomej | TAK | - | |
| 4 | Dwa Alarmy zmiany temperatury wizualny oraz dźwiękowy | TAK | - | |
| 5 | Możliwość montażu na szynie, statywie lub ustawienia na powierzchni poziomej. Jednostka sterująca wyposażona w systemem wyświetlacza typu right-sight-up | TAK | - | |
| 6 | Temperatura płynu na wyjściu: 40°C +/-2oC; potwierdzona w instrukcji użycia | TAK | - | |
| 7 | Czas uzyskania max. temp. 18 sek. | TAK | - | |
| 8 | Waga 1,90 kg(+330 g) | TAK | - | |

| | | | | |
|------|---|------------|--|--|
| 9 | Certyfikat bezpieczeństwa odnośnie podgrzewania preparatów krwi wydany przez niezależną krajową instytucję dołączony do oferty. | TAK | - | |
| 10 | Zabezpieczenie przed przegrzaniem, przepięciem | TAK | - | |
| 11 | Stopień ochrony ogrzewacza minimum IP67 zapewniający możliwość zanurzenia w płynie do 30 minut, na głębokość do 91 cm | TAK | - | |
| 12 | Ciągły samodzielny test temperatury i pracy urządzenia | TAK | - | |
| 13 | Przepływ maksymalny min. 170 ml/min. | TAK | - | |
| 14 | Dedykowane wkłady/kartridże jednorazowe dla jednego pacjenta z zestawem przedłużającym długości 7,5 cm; czas użycia 24 godziny z możliwością podłączenia do dowolnego zestawu infuzyjnego ze standardowym łącznikiem luer; do urządzenia należy dołączyć 30 szt. wkładów/kartridży. | TAK | - | |
| 15 | Objętość wypełnienia kartridża: 4ml | TAK | - | |
| 16 | Wyposażenie: Destylowane wkłady/kartridże dla jednego pacjenta | TAK | | |
| 16 | Ogrzewacz: Długość: 12,7 cm, szerokość: 6,6 cm, wysokość: 3,0 cm | TAK | | |
| 17 | Sterownik: Długość: 23,6 cm, szerokość: 16,8 cm, wysokość: 9,7 cm | TAK | | |
| 18 | Wkład jednorazowy: Długość: 11,4 cm, szerokość: 3,8 cm, wysokość: 1,0 cm | TAK | - | |
| 19 | Waga:Ogrzewacz: (bez wkładu jednorazowego): 330 g, Sterownik: 1,9 kg, Wkład jednorazowy: 33 g | TAK | - | |
| 20 | Objętość wstępnego napełnienia wkładu jednorazowego 4 ml | TAK | - | |
| 21 | Sterylność wkładu jednorazowego Sterylizacja promieniami gamma | TAK | - | |
| 22 | Temperatura płynu na wylocie 40°C ±2°C | podać | TAK - 5pkt, NIE - 0 pkt. | |
| 23 | Zakres natężenia przepływu Od KVO do 200 ml/min | TAK | - | |
| 24 | Napięcie wejściowe: Ogrzewacz: 28,5 VDC przy maks. 350 watach, Sterownik: 100-240 VAC | TAK | - | |
| 25 | Nastawa temperatury 40°C | TAK | - | |
| 26 | Prąd wejściowy 5A | TAK | - | |
| IV | Wymagania środowiskowe / fizyczna | | | |
| 27 | Temperatura pracy Od -5°C do 50°C | TAK | - | |
| 28 | Temperatura przechowywania Od -30°C do 70°C | TAK | - | |
| 29 | Wilgotność względna podczas pracy i przechowywania | | | |
| 30 | Ogrzewacz: od 10% do 90% | TAK | - | |
| 31 | Sterownik: od 10% do 90% | TAK | - | |
| 32 | Wkład jednorazowy: od 10% do 90% | TAK | - | |
| 33 | Wysokość eksploatacji i przechowywania Do 4572 m n.p.m. (15 000 stóp) | TAK | - | |
| 34 | Ciśnienie powietrza podczas pracy i przechowywania Od 570 hPa (17 cali Hg) do 1060 hPa (31 cali Hg) | TAK | - | |
| V | Zgodność z Normami | | | |
| 35 | Biokompatybilność wkładu jednorazowego: Seria ISO 10993 | TAK | - | |
| 36 | Zgodność wkładu jednorazowego z zestawami infuzyjnymi: ISO 8536-4 | TAK | - | |
| 37 | Nastawa zbyt wysokiej temperatury ASTM F-2172-02 | TAK | - | |
| 38 | Alarmy IEC60601-1-8 | TAK | - | |
| VI | Wodoodporność | | | |
| 39 | Ogrzewacz: IEC 529, IP67: zanurzenie przez 30 minut na głębokości 91,4 cm (36 cali) | TAK | - | |
| 40 | Sterownik: IEC 529, IP31: kapiąca woda | TAK | - | |
| 41 | Wkład jednorazowy: IEC 529, IP68: zanurzenie ciągłe | TAK | - | |
| VII | Wnikanie | | | |
| 42 | Ogrzewacz: IEC 529, IP67: pyłoszczelność | TAK | - | |
| 43 | Sterownik: IEC 529, IP31: ochrona przed wniknięciem ciał obcych o średnicy ≥2,5 mm | TAK | - | |
| 44 | Wkład jednorazowy: IEC 529 IP68: pyłoszczelność | TAK | - | |
| 45 | Bezpieczeństwo elektryczne CAN/CSA-C22.2 No. 60601-1:2008 Ed 03, AAMI ES60601-1:2005, IEC 60601-1:2005 Ed 03, IEC 60601-1-6:2010 Ed 3 oraz IEC 60601-1-8: 2006 Ed 2. | TAK | - | |
| VIII | Klasyfikacja bezpieczeństwa | | | |
| 46 | Rodzaj ochrony przed porażeniem prądem elektrycznym Klasa I lub wyrób zasilany wewnętrznie | TAK | - | |
| 47 | Stopień ochrony przed porażeniem prądem elektrycznym Typ BF, wyrób odporny na defibrylację | TAK | - | |
| 48 | Tryb pracy Ciągły | TAK | - | |
| IX | WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja) | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesięcy - 5 pkt.; 48 miesięcy - 15 pkt. Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt I.5 | |
| 2 | Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - | |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - | |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
PAKIET 7
Aparat do szybkiego przetaczania płynów

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|---|--|--|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Aparat do szybkiego przetaczania płynów – Ilość 1 szt. | | | | |
| II. WYMAGANIA OGÓLNE | | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i powystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 3) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 4) paszport techniczny, 5) karty gwarancyjne, 6) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaofertowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaofertowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzekraczającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| II. PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | | |
| 1 | Wielorazowy mankiet do infuzji ciśnieniowej o pojemności 500ml. Mankiet z powłoką hydrofobową- nieprzemakalną (potwierdzony w instrukcji producenta)- łatwy w czyszczeniu/dezynfekcji, nie zawiera latexu. Mankiet z przednią transparentną siatką do kontroli poziomu płynów, podwójny haczyk umiejscowiony nad siatką do mocowania płynów różnej pojemności . Czytelny nadruk maksymalnej objętości wkładanego płynu do toczeń na mankiecie. Wydajna gruszka z tłóstopniowym zaworem do napełnienia, kontroli ciśnienia i szybkiej deflacji. Czytelny kolorowy (trójkolorowy) wskaźnik słupkowy informujący o właściwym , podwyższonym lub zbyt wysokim ciśnieniu w mankiecie. Uchwyt do powieszenia mankieta. Gruszka z drenem , zaworem oraz kolorowym wskaźnikiem ciśnienia dostępne jako części zamienne (potwierdzone z karcie katalogowej produktu). | TAK | - | |
| 2 | Wielorazowy mankiet do infuzji ciśnieniowej o pojemności 500ml. | TAK | - | |
| 3 | Mankiet z powłoką hydrofobową- nieprzemakalną (potwierdzony w instrukcji producenta)- łatwy w czyszczeniu/dezynfekcji, nie zawiera latexu. | TAK | - | |
| 4 | Mankiet z przednią transparentną siatką do kontroli poziomu płynów, | TAK | - | |

| | | | | |
|---|---|------------|--|--|
| 5 | podwójny haczyk umiejscowiony nad siatką do mocowania płynów różnej pojemności | TAK | - | |
| 6 | Czytelny nadruk maksymalnej objętości wkładanego płynu do łoczeń na mankiecie. | TAK | - | |
| 7 | Wydajna gruszka z tójstopniowym zaworem do napełnienia. kontrolni ciśnienia i szybkiej deflacji. | TAK | - | |
| 8 | Czytelny kolorowy (trójkolorowy) wskaźnik słupkowy informujący o właściwym, podwyższonym lub zbyt wysokim ciśnieniu w mankiecie. | podać | TAK - 5pkt, NIE - 0 pkt. | |
| 9 | Uchwyt do powieszenia mankietu. | podać | TAK - 5pkt, NIE - 0 pkt. | |
| 10 | Gruszka z drenem, zaworem oraz kolorowym wskaźnikiem ciśnienia dostępne jako części zamienne (potwierdzone z karcie katalogowej produktu). | TAK | - | |
| III. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja) | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesięcy - 5 pkt.; 48 miesięcy - 15 pkt. Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt I.5 | |
| 2 | Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - | |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - | |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upelnomocniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

WSz – II.4.291.56.2018.UE

Załącznik nr 2 do SIWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

PAKIET 8

Pulsoksymetr

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|--|---|--|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PULSOKSYMETR – ilość 1 szt. | | | | |
| II. WYMAGANIA OGÓLNE | | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i wystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym. | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) dokumentację techniczną (serwisową) oferowanego urządzenia w wersji elektronicznej, 3) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 4) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 5) paszport techniczny, 6) karty gwarancyjne, 7) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaofertowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 (pkt. 7) | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzekraczającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| II. PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | | |
| 1 | Pulsoksymetr dla noworodków z NIBP, dzieci i dorosłych, stacjonarno-transportowy z automatyczną rotacją ekranu – pion-poziom, w technologii Masimo. | TAK | - | |
| 2 | Technologia saturacji Masimo - Masimo SET – pomiar pomimo ruchu i przy niskiej perfuzji dzięki eliminacji sygnału z krwi żyłnej | TAK | - | |
| 3 | Możliwość rozszerzenia o nieinwazyjne pomiary: hemoglobina całkowita, methemoglobina, karboksyhemoglobina, PVI, RRa, | TAK | - | |
| 4 | Aparat prezentuje dane: Spo2, częstość pulsu, wykres krzywej pletyzmograficznej, indeks perfuzji w postaci cyfrowej, komunikaty alarmowe, trendy, czułość | TAK | - | |
| 5 | Zasilanie sieciowe 110/220 47-63 Hz oraz akumulatorowe z wewnętrznego akumulatora litowego do 7 godzin ciągłego monitorowania, ładowanie baterii 3 godzin | TAK | - | |
| 6 | Waga 1,36kg | TAK | - | |
| 7 | Niewielkie wymiary, 22,9 cm x 16,5 cm x 10,2 cm | TAK | - | |

| | | | | |
|---|---|------------|---|---|
| 8 | Zintegrowany z obudową uchwyt do przenoszenia urządzenia | TAK | - | |
| 9 | Zakres pomiaru saturacji 0-100% | TAK | - | |
| 10 | Dokładność pomiaru saturacji w zakresie | TAK | - | |
| 11 | 70% - 100% +/- 2 cyfry | TAK | - | |
| 12 | Zakres pomiaru pulsu min 25 -240 uderzeń na minutę | TAK, podać | 25- 240 i mniej - 0 pkt. więcej niż 25-240 - 5 pkt | |
| 13 | Dokładność pomiaru w całym zakresie +/- 3 bpm | TAK | - | |
| 14 | Ciągły tryb monitorowania parametrów | TAK | - | |
| 15 | Wysokiej rozdzielczości ekran LCD, kolorowy, dotykowy, z regulacją kontrastu ekranu oraz regulacją podświetlenia ekranu | TAK | - | |
| 16 | Automatyczne dostosowanie jasności wyświetlacza w zależności od panujących warunków | TAK | TAK - 5pkt, NIE - 0 pkt | |
| 17 | Widoczne ikony - kolorystycznie różniące wybrany profil badania – dorosły ikona niebieska, dziecko ikona zielona, niemowlę ikona fioletowa | TAK | - | |
| 18 | Opcje komunikacji: WiFi, Bluetooth, przywołanie pielęgniarci, Ethernet, port USB | TAK | - | |
| 19 | 96 godzinne trendy SpO2 i pulsu z rozdzielczością co 2 sekundy, możliwością wydrukowania na zewnętrznej drukarce lub przesłania do innego urządzenia szeregowego | TAK | - | |
| 20 | Granice alarmów stałe widoczne na ekranie | TAK | - | |
| 21 | Granice alarmów stałe widoczne w systemie parametrów | TAK | - | |
| 22 | Indywidualne ustawienia granic alarmów i zapamiętywanie ich przez urządzenie | TAK | - | |
| 23 | Możliwość regulacji wysokości tonu saturacji podczas zmian jej wartości pozwalająca na śledzenia zmian SpO2 bez podchodzenia do monitora | TAK | - | |
| 24 | Alarm dźwiękowy odłączenia czujnika | TAK | - | |
| 25 | Alarm dźwiękowy wyladowania akumulatora | TAK | - | |
| 26 | Możliwość regulacji głośności alarmu | TAK | - | |
| 27 | Możliwość regulacji czasu wyciszenia alarmu | TAK | - | |
| 28 | Czas uśredniania 2,4,8,10,12,14 lub 16 sekund | TAK | - | |
| 29 | Wskaźnik pomiaru perfuzji (PI), oceniający perfuzję w miejscu pomiaru, wyświetlany w sposób cyfrowy | TAK | - | |
| 30 | Zakres pomiaru perfuzji 0,02% - 20% | TAK | - | |
| 31 | Możliwość ustawienie czułości pomiaru w 3 zakresach: NORM, MAX i APOD | TAK | - | |
| III. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja) | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesięcy - 5 pkt.; 48 miesięcy - 15 pkt. | Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt I.5 |
| 2 | Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - | |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - | |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**PAKIET 9
Kapnograf**

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|--|---|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| KAPNOGRAF – ilość 1 szt. | | | | |
| II. WYMAGANIA OGÓLNE | | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i wystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym. | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) dokumentację techniczną (serwisową) oferowanego urządzenia w wersji elektronicznej, 3) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 4) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 5) paszport techniczny, 6) karty gwarancyjne, 7) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaofertowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 pkt. 7) | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzekraczającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| II. PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | | |
| 1 | Miary przenośny kapnometr, nie wymaga czasu rozgrzania, osiąga pełną gotowość do użycia w 15 sekund, zdolną do pomiaru końcowo-oddechowej zawartości dwutlenku węgla (EtCO2) i częstości oddechów | TAK | - | |
| 2 | Używany do krótkookresowego monitoringu EtCO2 dla dorosłych, dzieci i niemowląt | TAK | - | |
| 3 | Wizualny i dźwiękowy system alarmowy przy wykryciu braku oddechu, braku adaptera (zasilacza), awarii zasilacza oraz ustawialny poziom alarmu dla zbyt niskiej lub wysokiej wartości EtCO2 | TAK | - | |
| 4 | Przycisk zasilania Gotowość do pracy w 15 sekund. | TAK, podać | min gotowość w 15s - 5pkt, NIE -0 pkt | |
| 5 | Ustawienia Alarmu. Ustawienie wskaźnika limitów alarmu, funkcja wyciszenia alarmu do 2 minut | TAK | - | |

| | | | | |
|---|--|------------|--|--|
| 6 | Wykres słupkowy Widoczny wskaźnik dostarcza informacji o końcowo-oddechowej zawartości dwutlenku węgla, aktywności oddechowej i statusie alarmów | TAK | - | |
| 7 | Końcowo oddechowa zawartość CO2 Ilościowa zawartość EtCO2 aktualizowana przy każdym oddechu | TAK | - | |
| 8 | Częstość oddechów RR jest wyświetlany co 2 oddechy i aktualizowany przy każdym oddechu | TAK | - | |
| 9 | Adapter dróg oddechowych W rozmiarach dla dorosłych, dzieci i niemowląt | TAK | - | |
| 10 | Baterie Rodzaj - 2 (dwie) baterie alkaliczne lub litowe typu AAA | TAK | - | |
| 11 | Wskaźnik informujący o rozładowywaniu się baterii | TAK | - | |
| 12 | Przenośny, kompaktowy rozmiar 5,2x3,9x3,9 cm i waga 59,5g (z bateriami alkalicznymi) | TAK | - | |
| 13 | Warunki Środowiskowe Temperatura podczas pracy -5 do 50°C Ciśnienie podczas pracy 70 do 120 kPa Wilgotność podczas pracy 10-95% bez kondensacji Temperatura przechowywania -30 do 70 °C Ciśnienie podczas przechowywania 50 do 120 kPa | TAK | - | |
| 14 | Wytrzymała, wodoszczelna konstrukcja, | TAK | - | |
| 15 | Łatwy w obsłudze – bez potrzeby rutynowej kalibracji | TAK | - | |
| 16 | Prosty i łatwy w obsłudze, szybko konfigurowalny i programowalny za pomocą jednego dotknięcia | TAK | - | |
| 17 | Zakres CO2...0.99 mmHg 0-9.9 kPa RR .. 1-150 bpm Dokładność (w standardowych warunkach) CO2 ... 0-99 mmHg ±2 mmHg odczytu RR ... ±1 bpm | TAK | - | |
| 18 | Adaptory Martwa przestrzeń dorosli/ dzieci 6 ml Martwa przestrzeń niemowlęta 1 ml | TAK | - | |
| III. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja) | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesięcy - 5 pkt.; 48 miesięcy - 15 pkt. Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt 1.5 | |
| 2 | Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - | |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - | |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

WSz – II.4.291.56.2018.UE

Załącznik nr 2 do SIWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

PAKIET 10

Elektryczne urządzenie do ssania

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|--|---|--|--------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Elektryczne urządzenie do ssania – ilość 1 szt. | | | | |
| II. WYMAGANIA OGÓLNE | | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i powystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym. | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) dokumentację techniczną (serwisową) oferowanego urządzenia w wersji elektronicznej, 3) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 4) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 5) paszport techniczny, 6) karty gwarancyjne, 7) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaoferowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 pkt. 7) | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzekraczającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| II. PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | | |
| 1 | Ssak elektryczny z wózkiem jezdnym | TAK, opisać | - | |
| 2 | Dwu-butlowy | TAK | - | |
| 3 | Naczynie kontrolne poliwęglanowe 0,8L z zaworem zabezpieczającym i filtrem | TAK, podać | - | |
| 4 | Klasa bezpieczeństwa BF | TAK, podać | - | |
| 5 | Klasa izolacji I | TAK, podać | - | |
| 6 | Sterowanie z pulpitu za pomocą klawiszy i pokręteł | TAK, podać | TAK - 5pkt, NIE - 0 pkt. | |
| 7 | Dodatkowe sterowanie za pomocą przycisku nożnego | TAK, podać | - | |
| 8 | Wyposażony w system wkładów jednorazowych Serres 2L wraz z opakowaniem wkładów | TAK, podać | - | |
| 9 | Wózek z czterema jezdnyimi kołami | TAK, podać | - | |
| 10 | Komplet drenów silikonowych o średnicy fi 7 i dł. 1,5 m | TAK, podać | - | |
| 11 | Filtry na wejściu i wyjściu z wymiennymi wkładami | TAK, podać | - | |
| 12 | Wkłady wymienne do filtrów 20 szt. w zestawie | TAK, podać | - | |

| | | | | |
|---|--|------------|--|--|
| 13 | Wydajność nie mniejsza niż 40L/min | TAK, podać | - | |
| 14 | Zakres regulacji ciśnienia 0,85 bar (-0,085 MPa) | TAK, podać | - | |
| 15 | Głośność nie więcej niż 53 dB | TAK, podać | - | |
| 16 | Masa urządzenia do 4,2 kg | TAK, podać | - | |
| 17 | Zasilanie z sieci elektrycznej 230V/50Hz | TAK, podać | - | |
| III. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna bezpłatnie) | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesięcy - 5 pkt.; 48 miesięcy - 15 pkt. Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt I.5 | |
| 2 | Wykonawca przeprowadza przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - | |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - | |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....

(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
PAKIET 11
Aparat do znieczulenia ogólnego

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|---|---|--|-------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Aparat do znieczulenia ogólnego – ilość 1 szt. | | | | |
| II. WYMAGANIA OGÓLNE | | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondukcjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i powystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym i przeszkolenia personelu technicznego w zakresie obsługi technicznej. | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) dokumentację techniczną (serwisową) oferowanego urządzenia w wersji elektronicznej, 3) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 4) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 5) paszport techniczny, 6) karty gwarancyjne, 7) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski 8) certyfikaty imienne dla osób przeszkolonych - należy dostać do 14 dni od daty przeprowadzenia szkolenia | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaofertowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 pkt. 7) | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzekraczającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| II. PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | | |
| 1 | Aparat do znieczulenia ogólnego dla dzieci i dorosłych | TAK, opisać | - | |
| 2 | Aparat do znieczulania ogólnego jezdny | TAK | - | |
| 3 | Parametry ogólne: | TAK | - | |
| 4 | masa do 150 kg | podać | do 150 kg - 5pkt, NIE - 0pkt | |
| 5 | zasilanie dostarczane do 230 V 50 Hz | TAK | - | |
| 6 | wskazywane osobne gniazda elektryczne 230 V (minimum 3 gniazda) | podać | min 3 - 0 pkt , więcej - 5pkt | |
| 7 | Indywidualne, automatyczne bezpieczniki gniazd elektrycznych | TAK | - | |
| 8 | wyposażony w blat do pisania i minimum dwie szuflady na akcesoria | TAK | - | |
| 9 | Wbudowane osłony chroniące przed porażeniem | TAK | - | |
| 10 | światła | TAK | - | |
| 11 | zasilanie gazowe (N2O, O2, powietrze) z sieci centralnej | TAK | - | |
| 12 | awaryjne zasilanie gazowego z 10 l butli (O2 i N2O) | TAK | - | |
| 13 | Prezentacja ciśnienia gazów zasilających pod ekranem respiratora | TAK | - | |
| 14 | powietrza , wyświetlanie przepływów gazów na ekranie wentylatora aparatu | TAK | - | |

| | | | | |
|-----------------------------|---|-----|---|--|
| 15. | przepływomierze umożliwiające podaż gazów w systemie anestezji z niskimi przepływami | TAK | - | |
| 16. | wbudowany przepływomierz tlenowy niezależny od układu okrężnego do stosowania podczas znieczuleń przewodowych z regulowanym przepływem O ₂ minimum do 10l/min. | TAK | - | |
| 17. | mechaniczny przepływomierz zbiorczy świeżych gazów | TAK | - | |
| 18 | system automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie z podtlenkiem azotu na poziomie min. 25%. Automatyczne odcięcie podtlenku azotu przy braku zasilania w tlen . | TAK | - | |
| Układ oddechowy | | | | |
| 19 | kompaktowy układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych o niskiej podatności | TAK | - | |
| 20 | układ oddechowy o prostej budowie, łatwy do wymiany i sterylizacji pozbawiony lateksu o całkowitej pojemności nie większej niż 3,5 L. wraz z pojemnikiem absorbera CO ₂ i bypassem CO ₂ | TAK | - | |
| 21 | przystosowany do prowadzenia znieczulenia w systemach półotwartym i półzamkniętym | TAK | - | |
| 22 | obejście tlenowe o dużej wydajności min.25l /min. | TAK | - | |
| 23 | wielorazowy pochłaniacz dwutlenku węgla o obudowie przeziernej i pojemności max. 1,5 l. | TAK | - | |
| 24 | Możliwość stosowania zamiennego pochłaniacza wielorazowych i jednorazowych podczas znieczulenia bez rozszczelnienia układu i stosowania narzędzi | TAK | - | |
| 25 | eliminacja gazów poanestetycznych poza salę operacyjną | TAK | - | |
| 26 | Respirator anestetyczny | TAK | - | |
| Tryby wentylacji | | | | |
| 27 | możliwość prowadzenia wentylacji ręcznej natychmiast po przełączeniu z wentylacji mechanicznej przy pomocy dźwigni | TAK | - | |
| 28 | tryb wentylacji ciśnieniowo zmienny | TAK | - | |
| 29 | tryb wentylacji objętościowo zmienny | TAK | - | |
| 30 | SIMV – synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona w trybie objętościowym i ciśnieniowym | TAK | - | |
| 31 | precyzyjny wyzwalacz przepływowy z precyzyjną regulacją czułości min. od 0, 2 l/min – 10 l/min. | TAK | - | |
| 32 | tryb wentylacji PSV z zabezpieczeniem na wypadek bezdechu (automatyczna wentylacja zapasowa) | TAK | - | |
| 33 | zakres PEEP min. od 4 do 25 cm H ₂ O | TAK | - | |
| Regulacje | | | | |
| 34 | regulacja stosunku wdechu do wydechu – minimum 2: 1 do 1: 4 | TAK | - | |
| 35 | regulacja częstości oddechu minimum od 4 do 100 /min. wentylacja objętościowa i ciśnieniowa | TAK | - | |
| 36 | zakres objętości oddechowej minimum od 20 do 1500 ml - wentylacja objętościowa | TAK | - | |
| 37 | zakres objętości oddechowej minimum od 5 do 1500 ml - wentylacja ciśnieniowa | TAK | - | |
| 38 | regulacja ciśnienia wdechu przy PCV minimum: od 5 do 60 cm H ₂ O | TAK | - | |
| 39 | regulowana pauza wdechowa w zakresie minimum 5-60 % | TAK | - | |
| Alarmy | | | | |
| 40 | alarm niskiej pojemności minutowej MV | TAK | - | |
| 41 | Alarm niskiej objętości oddechowej TV z regulowanymi progami (górnym i dolnym). Możliwość czasowego zawieszenia alarmu TV np. podczas indukcji znieczulenia | TAK | - | |
| 42 | alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego | TAK | - | |
| 43 | alarm braku zasilania w energię elektryczną | TAK | - | |
| 44 | alarm braku zasilania w gazy | TAK | - | |
| 45 | alarm Apnea | TAK | - | |
| POMIAR I OBRAZOWANIE | | | | |
| 46 | stężenie tlenu w gazach oddechowych | TAK | - | |
| 47 | pomiar objętości oddechowej TV | TAK | - | |
| 48 | pomiar pojemności minutowej MV | TAK | - | |
| 49 | pomiar częstości oddechowej | TAK | - | |
| 50 | pomiar ciśnienia szczytowego | TAK | - | |
| 51 | pomiar ciśnienia średniego | TAK | - | |
| 52 | ciśnienia PEEP | TAK | - | |
| 53 | częstość oddychania | TAK | - | |
| 54 | Manometr pomiaru ciśnienia w drogach oddechowych wyświetlany na ekranie wentylatora i wydechowego i wdechowego tlenu w gazach oddechowych w aparacie do znieczulania metoda paramagnetyczna | TAK | - | |
| 55 | Manometr pomiaru ciśnienia w drogach oddechowych wyświetlany na ekranie wentylatora i wydechowego i wdechowego tlenu w gazach oddechowych w aparacie do znieczulania metoda paramagnetyczna | TAK | - | |
| 56 | pomiar stężenia gazów i środków anestetycznych dla mieszaniny wdechowej i wydechowej dla: podtlenku azotu, sevofluranu, desfluranu, izofluranu w aparacie do znieczulania | TAK | - | |
| 57 | automatyczna identyfikacja anestetyku wziewnego i pomiar MAC w aparacie do znieczulania | TAK | - | |
| 58 | krzywa ciśnienia w gazach oddechowych pomiarowa i monitorowa | TAK | - | |
| 59 | krzywa ciśnienia w gazach oddechowych pomiarowa i monitorowa | TAK | - | |
| 60 | ciśnienie – objętość | TAK | - | |
| 61 | ciśnienie – przepływ | TAK | - | |
| 62 | przepływ – objętość | TAK | - | |
| 63 | Możliwość zapisania pętli referencyjnej i zapamiętania minimum 5 wyświetlonych pętli spirometrycznych. | TAK | - | |
| 64 | Ekran graficzny prezentacji parametrów znieczulenia i krzywych o przekątnej minimum 15". Rozdzielczość minimum 1024x768 pikseli. | TAK | - | |
| 65 | Ekran graficzny prezentacji parametrów znieczulenia i krzywych o przekątnej minimum 15". Rozdzielczość minimum 1024x768 pikseli. | TAK | - | |
| 66 | Ekran niewbudowany w korpus aparatu do znieczulenia w celu lepszej wizualizacji (dotyczy ekranu głównego nie powielającego) | TAK | - | |
| 67 | sterowanie poprzez pokrętkę, przyciski i ekran dotykowy dla zwiększenia bezpieczeństwa pracy | TAK | - | |
| 68 | możliwość konfigurowania minimum trzech stron ekranu wentylatora | TAK | - | |

| | | | | |
|---|--|------------|--|--|
| | prezentacja preżności dwutlenku węgla - CO2 w strumieniu wdechowym i wydechowym w aparacie do znieczulenia wraz z krzywą | TAK | - | |
| 69 | | | | |
| 70 | obrazowanie krzywej koncentracji anestetyku wziewnego w aparacie do znieczulenia na wdechu i wydechu | TAK | - | |
| 71 | obrazowanie krzywej ciśnienia w drogach oddechowych w aparacie do znieczulenia | TAK | - | |
| 72 | obrazowanie krzywej przepływu w drogach oddechowych | TAK | - | |
| PAROWNIK | | | | |
| 73 | możliwość podłączenia parowników do sevofluranu i desfluranu . | TAK | - | |
| 74 | Możliwość dwójeźbrożeników parowników jednocześnie | TAK | - | |
| 75 | w dzienniku uwidacznianym na ekranie respiratora aparatu do znieczulenia | TAK | - | |
| 76 | Wbudowany ssak injectorowy do podłączenia do pojemników 1,0 l z wymiennymi wkładami | TAK | - | |
| Inne | | | | |
| 77 | komunikacja z aparatem w języku polskim | TAK | - | |
| 78 | instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | TAK | - | |
| 79 | Monitor pacjenta do aparatu do znieczulenia | TAK | - | |
| 80 | ekran kolorowy, rozdzielczość min.800 x 600 pikseli | TAK | - | |
| 81 | przekątna ekranu min. 12" | TAK | - | |
| 82 | do wyboru przez użytkownika | TAK | - | |
| 83 | - odprowadzenia EKG | TAK | - | |
| 84 | - krzywa oddechowa, | TAK | - | |
| 85 | - krzywa pletyzmograficzna, | TAK | - | |
| 86 | - krzywa ciśnienia tętniczego, | TAK | - | |
| 87 | Minimum 6 wyświetlanych jednocześnie na ekranie krzywych dynamicznych | TAK | 6 krzywych - 0 pkt, więcej niż 6 - 5pkt | |
| 88 | zasilanie elektryczne dostosowane do 230V, 50Hz | TAK | - | |
| 89 | awaryjne zasilanie elektryczne monitora z wbudowanego akumulatora na min. 90 minut w warunkach standardowych | TAK | - | |
| 90 | dowolne konfigurowanie kolejności wyświetlanych krzywych i innych parametrów na ekranie monitora | TAK | - | |
| 91 | Możliwość zaprogramowania przez personel min. 5 różnych konfiguracji | TAK | - | |
| 92 | Sterowanie poprzez pokrętkę i przyciski | TAK | - | |
| 93 | pamięć trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 72 h . | TAK | - | |
| 94 | alarmy min.3-stopniowe (wizualne i akustyczne) wszystkich mierzonych parametrów z klasyfikacją priorytetu alarmu. | TAK | - | |
| 95 | Wzrost EKG odpowiednie kable połączeniowe i pomiarowe dla dorosłych | TAK | -- | |
| 96 | | TAK | - | |
| 97 | ciągła rejestracja i możliwość równoczesnej prezentacji 3 lub 7 odprowadzeń EKG | TAK | - | |
| 98 | miar częstotności serca | TAK | - | |
| 99 | ciągła analiza położenia odcinka ST | TAK | - | |
| 100 | podstawowa analiza arytmii pracy serca | TAK | - | |
| 101 | detekcja sygnału stymulatora serca | TAK | - | |
| 102 | respiracja impedancyjna (prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów w minucie) w zakresie min. 4-100 odd/min | TAK | - | |
| 103 | miar saturacji i tętna | TAK | - | |
| 104 | zakres pomiaru saturacji SpO2 1-100% z prezentacją krzywej pletyzmograficznej z eliminacją artefaktów i zapewniający poprawne pomiary przy słabym lub zakłóconym sygnale | TAK | - | |
| 105 | czujnik wielorazowy do pomiaru saturacji dla dorosłych na palec | TAK | - | |
| 106 | miar temperatur | TAK | - | |
| 107 | miar temperatury obwodowej -powierzchniowej w zestawie kabel do połączenia czujnika | TAK | - | |
| 108 | wyświetlanie temperatury T1, T2 i różnicy temperatur | TAK | - | |
| 109 | miar ciśnienia | TAK | - | |
| 110 | miar ciśnienia tętniczego metodą nieinwazyjną | TAK | - | |
| 111 | Pomiar ciśnienia techniką dwutubową osobno inflacja i deflacja | TAK | - | |
| 112 | miar wyzwalany ręcznie, automatycznie w wybranych odstępach czasowych, ciągłe pomiary przez określony czas, czas repetycji pomiarów automatycznych min. 1 – 120 min. | TAK | - | |
| 113 | komplet wielorazowych mankietów bez lateksu dla dorosłych wraz z kablem połączeniowym – (3 różne rozmiary mankietów : duży, średni , mały) | TAK | - | |
| 114 | miar ciśnienia krwi metodą bezpośrednią (krwawą) min. 2 kanały: tętnicze i OCŻ, | TAK | - | |
| 115 | Pomiar ciśnień inwazyjnych w zakresie min. - 25 do 320 mmHg | TAK, podać | - | |
| 116 | Na wyposażeniu moduł pomiaru rzutu serca w technologii PiCCO | TAK | - | |
| 117 | aparat i monitor zgodne z dyrektywą RoHS | TAK | - | |
| 118 | (wyprodukowany bez użycia materiałów potencjalnie toksycznych) ze względów serwisowych jak i przyszłej rozbudowy - monitor funkcji życiowych, moduły pomiarowe oraz aparat do znieczulenia ogólnego jednego producenta | TAK | - | |
| 119 | | TAK | - | |
| 120 | kompatybilność z posiadanym przez Zamawiającego systemem S/5 | TAK | - | |
| 121 | polskojęzyczne oprogramowanie aparatu, monitora i modułów | TAK | - | |
| III. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja). | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesięcy - 5 pkt.; 48 miesięcy - 15 pkt. Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt 1.5 | |
| 2 | Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - | |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - | |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....

(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
PAKIET 12
Zestaw do trudnej intubacji

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|---|---|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ZESTAW DO TRUDNEJ INTUBACJI – ilość 1 szt. | | | | |
| II. | WYMAGANIA OGÓLNE | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i powystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym. | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 3) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 4) paszport techniczny, 5) karty gwarancyjne, 6) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaoferowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 ppkt. 7) | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzekraczającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| II. | PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | |
| 1 | Zestaw do trudnej intubacji: laryngoskop do trudnej intubacji dotchawiczej światłowodowy trzy- łyżkowy (2,3 i 4) typu MacCoy | TAK, podać | - | |
| 2 | Żarówka LED | TAK / NIE | TAK - 15 pkt NIE – 0 pkt | |
| III. | WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja) | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesięcy - 5 pkt.; 48 miesięcy - 15 pkt. Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt 1.5 | |
| 2 | Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - | |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - | |

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....

(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
PAKIET 13
Zestaw do intubacji i wentylacji

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|--|--|--|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ZESTAW DO INTUBACJI I WENTYLACJI – Ilość 1 szt. | | | | |
| II. | WYMAGANIA OGÓLNE | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i powystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym. | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 3) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 4) paszport techniczny, 5) karty gwarancyjne, 6) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaofertowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzekraczającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| II. | PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | |
| 1 | Zestaw do intubacji i do wentylacji: Laryngoskop pięć-łyżkowy (0,1,2,3,4) światłowodowy typu lunaliite wyposażony w zdejmowany moduł światłowodowy. Moduł może być rozbierany i polerowany do pięciu razy w razie uszkodzenia powierzchni w wyniku nieodpowiedniego użytkowania. Wysoka jakość włókien zapewniająca doskonałą transmisję światła 4,2 tys. lux 2,5 V xenon/ lampy halogenowej i 12,5 tys lux z 3,5V xenon/lampy halogenowej. Autoklawny do 134 °C, nadający się do sterylizacji plazmowej. Łatwo wymienny światłowód. | TAK | - | |
| 2 | Aparat ambu -worek resuscytacyjny silikonowy dla niemowląt o pojemności 250ml z zastawką ograniczającą ciśnienie do 40 mm Hg z silikonowym uchwytem na dłoń. Zastawka wlotowa zawierająca zastawkę rezerwuaru. Korpus worka umożliwia jego złożenie do mniejszych rozmiarów. Całkowicie rozbieralny- wszystkie elementy dostępne jak części zamienne. Możliwość do 100-krotnej sterylizacji w autoiklawie w temperaturze 134 °C. Zgodnie z normą DIN EN ISO 17665-1 (5-18 min) | TAK | - | |

| | | | | |
|---|---|------------|--|--|
| 3 | Aparat ambu -worek resuscytacyjny silikonowy dla dzieci o pojemności 500 ml z zastawką ograniczającą ciśnienie do 40 mm Hg z silikonowym uchwytem na dłoń. Zastawka wlotowa zawierająca zastawkę rezerwuaru. Korpus worka umożliwia jego złożenie do mniejszych rozmiarów. Całkowicie rozbieralny- wszystkie elementy dostępne jak części zamienne. Możliwość do 100-krotnej sterylizacji w autoklawie w temperaturze 134 °C. Zgodnie z normą DIN EN ISO 17665-1 (5-18min)- potwierdzone w instrukcji producenta. | TAK | - | |
| 4 | Worek resuscytacyjny silikonowy jednospowłokowy dla noworodków o pojemności 250ml z zastawką ograniczającą ciśnienie do 40 cm H2O. Zastawka wlotowa zawierająca zastawkę rezerwuaru oraz złącze do drenu tlenowego. Worek całkowicie rozbieralny. Głowica pacjenta, worek, zastawka wlotowa dostępne jako części zamienne (potwierdzone w karcie katalogowej). Możliwość do 100-krotnej sterylizacji w autoklawie w temperaturze do 134 C zgodnie z normą DIN EN ISO 17665-1 (5-18min)- potwierdzone w instrukcji producenta. | TAK | - | |
| 5 | Worek resuscytacyjny jednospowłokowy dla dzieci o pojemności 500ml. Zastawka wlotowa zawierająca zastawkę rezerwuaru oraz złącze do drenu tlenowego. Worek całkowicie rozbieralny. Głowica pacjenta, worek, zastawka wlotowa dostępne jako części zamienne (potwierdzone w karcie katalogowej). Możliwość do 100-krotnej sterylizacji w autoklawie w temperaturze do 134 C zgodnie z normą DIN EN ISO 17665-1 (5-18min)- potwierdzone w instrukcji producenta. | TAK | - | |
| 6 | Wielorazowa rurka krtaniowa (dwukanałowa) wykonana z silikonu: - z portem do sondy żołądkowej - rurka wentylacyjna zakończona łącznikiem standardowym 15 mm - znacznik poziomu zębów/dziąseł na rurce ; - dwa mankiety uszczelniające: bliższy i dalszy; - jedne przewód do pompowania obu mankietów (strzykawka w zestawie) - otwory wentylacyjne pomiędzy mankietami - sterylna, bez lateksu - rozmiar 1 (niemowle) kodowany kolorem transparentnym - możliwość do 50 cykli sterylizacji (potwierdzone w instrukcji producenta) | TAK | - | |
| 7 | Wielorazowa rurka krtaniowa (dwukanałowa) wykonana z silikonu: - z portem do sondy żołądkowej - rurka wentylacyjna zakończona łącznikiem standardowym 15 mm - znacznik poziomu zębów na rurce ; - dwa mankiety uszczelniające: bliższy i dalszy; - jedne przewód do pompowania obu mankietów - otwory wentylacyjne pomiędzy mankietami - sterylna, bez lateksu - rozmiar 2 (dziecko5-12kg) kodowany kolorem białym - w zestawie strzykawka, antyzgryzak i elastyczna taśmka do fiksacji - możliwość do 50 cykli sterylizacji (potwierdzone w instrukcji producenta) | TAK | - | |
| 8 | Wielorazowa rurka krtaniowa dla dorosłych | TAK / NIE | TAK - 10 pkt NIE - 0 pkt | |
| III. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja) | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesięcy - 5 pkt.; 48 miesięcy - 15 pkt. Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt I.5 | |
| 2 | Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - | |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - | |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.



OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
PAKIET 14
Aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta

| Lp. | OPIS | Parametr oferowany |
|-----------|---------------------------------------|--------------------|
| I. | PODSTAWOWE DANE | |
| 1. | Nazwa i typ urządzenia | |
| 2. | Producent | |
| 3. | Kraj pochodzenia. | |
| 4. | Rok produkcji min. IV kwartał 2017 r. | |

| Lp. | Parametry funkcjonalne i techniczne | Parametr wymagany (graniczny) | Określenie punktacji | Parametr oferowany/ spełnienie wymagań |
|--|---|--|----------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta – Ilość 1 szt. | | | | |
| II. | WYMAGANIA OGÓLNE | | | |
| 1 | Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i powystawowe) | TAK, podać | - | |
| 2 | Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy | TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy urządzeń | - | |
| 3 | Od Wykonawcy wymaga się zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym. | TAK | - | |
| 4 | Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK | - | |
| 5 | Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) dokumentację techniczną (serwisową) oferowanego urządzenia w wersji elektronicznej, 3) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 4) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 5) paszport techniczny, 6) karty gwarancyjne, 7) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK | - | |
| 6 | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK | - | |
| 7 | Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaoferowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami) w nawiązaniu do pkt. 6 ppkt. 7) | TAK | - | |
| 8 | Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK | - | |
| 9 | Czas naprawy gwarancyjnej nieprzekraczającej okresu gwarancji, max. 7 [dni] | TAK | - | |
| 10 | Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| 11 | Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy | TAK | - | |
| II. | PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE | | | |
| 1 | Urządzenie ogrzewające pacjenta ciepłym powietrzem | TAK | - | |
| 2 | Min. 4 zakresy temperatury: - temp. otoczenia - 32°C - 38°C - 43°C | TAK | - | |
| 3 | Podstawa jezdna do aparatu z koszykiem na koce, 2 koła muszą posiadać blokadę | TAK | - | |
| 4 | Możliwość zamocowania aparatu na zwykłym stojaku do kroplówek lub łóżku pacjenta | TAK | - | |
| 5 | Uchwyt do przenoszenia, ciężar urządzenia max 6 kg | TAK | - | |
| 6 | Niewielkie wymiary urządzenia: max. 25cm x 30cm x 40cm | TAK | - | |
| 7 | Giętki, łatwy do przemycia i dezynfekcji przewód grzewczy, łączący urządzenie z kocem. Przewód grzewczy na stałe zamocowany do urządzenia bez możliwości jego przypadkowego odłączenia. | TAK | - | |
| 8 | Zaczepek na przewód grzewczy chroniący go przed zaginaniem | TAK | - | |

| | | | | |
|---|--|------------|--|--|
| 9 | Długość przewodów: - przewód grzewczy: min 1,8 m - przewód zasilający: min 4,0 m | TAK | - | |
| 10 | Duża wydajność - szybkie osiągnięcie zakresów przy przepływie powietrza nie większym niż 1400 l/min | TAK | - | |
| 11 | Wskaźnik zbyt wysokiej oraz zbyt niskiej temperatury | TAK | - | |
| 12 | Antywirusowy i antibakteryjny filtr powietrza o wysokiej skuteczności filtracji HEPA 99,99 | TAK | - | |
| 13 | Podwójny układ zabezpieczający przed przegrzaniem z alarmem dźwiękowym i wizualnym | TAK | - | |
| 14 | Wbudowany licznik przepracowanych godzin automatycznie informujący o konieczności dokonania przeglądu urządzenia bez konieczności śledzenia czasu pracy | TAK | - | |
| 15 | Zasilanie sieciowe 230 V, 50/60 Hz. Średni pobór mocy poniżej 600W. | TAK | - | |
| 16 | Koce wykonane z tkaniny nie zawierającej lateksu. Materiał radioprzezierny, bez konieczności usuwania koca z ciała pacjenta przy wykonywaniu badań obrazowych Rtg. Materiał perforowany umożliwiający równomierny przepływ powietrza. | TAK | - | |
| 17 | Dostępne koce ogrzewające pacjenta min. w 10 rozmiarach, dostosowane do różnego rodzaju potrzeb (koc na dolną część ciała; koc na górną część ciała; koc na całe ciało; koc pediatryczne; koc pod pacjenta) | TAK | - | |
| 18 | Dostępne koce specjalne, posiadające dodatkowe właściwości termoizolacyjne, utrzymujące ciepło pacjenta również po odłączeniu urządzenia ogrzewającego | TAK | - | |
| 19 | Jednorazowe koce ogrzewające dla dorosłych (do każdego urządzenia): - koc na całe ciało dla dorosłych (długość 218cm +/- 2cm) – 5 szt. | TAK | - | |
| 20 | Jednostka kontrolna obsługująca jeden element grzewczy | TAK, podać | - | |
| 21 | Zasilanie sieciowe 230 VAC, 50/60Hz | TAK, podać | - | |
| 22 | Koc grzewczy o wymiarach min. 150x80 cm | podać | TAK - 5pkt, NIE - 0 pkt. | |
| 23 | Materiał grzewczy-włókna węglowe | TAK, podać | - | |
| 24 | Ogrzewanie kontaktowe | TAK, podać | - | |
| 25 | Czas nagrzewanie do temperatury 37 °C ma wynosić od 5 do 7 minut | TAK, podać | - | |
| III. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | | |
| 1 | Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja). | TAK, podać | 24 miesiące - 0 pkt.; 36 miesięcy - 5 pkt.; 48 miesięcy - 15 pkt. Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt I.5 | |
| 2 | Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta | TAK, podać | - | |
| 3 | Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy | TAK, podać | - | |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.



WSz – II.4.291.56.2018.UE

Załącznik nr 2 do SIWZ
FORMULARZ CENOWY

Pakiet 1

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|-------------------|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Kardiomonitor | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Pakiet 2

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|-------------------|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Defibrylator | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Pakiet 3

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|-------------------|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Respirator | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Pakiet 4

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|-------------------|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | USG | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Pakiet 5

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|-------------------|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Pompa infuzyjna | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Pakiet 6

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|---|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Aparat do podgrzewania płynów infuzyjnych | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Pakiet 7

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|---|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Aparat do szybkiego przetaczania płynów | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Pakiet 8

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|-------------------|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Pulsoksymetr | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Pakiet 9

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|-------------------|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Kapnograf | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Pakiet 10

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|----------------------------------|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Elektryczne urządzenie do ssania | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....

(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Pakiet 11

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|------------------------|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Aparat do znieczulenia | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....

(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Pakiet 12

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Zestaw do trudnej intubacji | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....

(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Pakiet 13

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|----------------------------------|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Zestaw do intubacji i wentylacji | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.

Pakiet 14

| L. p. | Nazwa asortymentu | Cena jednostkowa netto w zł. | Jedn. miary | Ilość | Wartość netto w zł. | VAT % | Wartość brutto w zł. |
|--------------|--|------------------------------|-------------|-------|---------------------|-------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta | | szt. | 1 | | | |
| RAZEM | | | | | | | |

W przypadku, gdy Wykonawca przy określaniu ceny oferty zastosuje dwie (lub więcej) stawki podatku VAT, zobowiązany jest: przedstawić szczegółowy sposób obliczenia ceny oferty określonej w formularzu cenowym oraz określić jaki zakres dostawy jest objęty zastosowanym przez Wykonawcę podatkiem VAT.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....
(podpis Wykonawcy)

..... dnia r.