Załącznik nr 6 do SIWZ

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 1 - Przenośna elektroniczna waga dziecięca ze wzrostomierzem - 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
| 2 | Podświetlany wyświetlacz LCD | Tak, opisać |  |
| 3 | Ramię wzrostomierza uchylne | Tak, opisać |  |
| 4 | Pomost wagi z zabezpieczeniem antypoślizgowym | Tak, opisać |  |
| 5 | Obciążenie max 150 kg, min. 2 kg | Tak, opisać |  |
| 6 | Dokładność odczytu- 10 g | Tak, opisać |  |
| 7 | Masa urządzenia - max. 9 kg | Tak, opisać |  |
| 8 | Wymiary pomostu - 30 x 30 cm (± 3cm) | Tak, opisać |  |
| 9 | Zasilanie sieciowe lub akumulatorowe | Tak, opisać |  |
| 10 | Zakres pomiaru wzrostomierza: min. 100 – 200 cm | Tak, opisać |  |
| 11 | Skok skali wzrostomierza - max. 2 mm | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

 **Część 2 - Waga elektroniczna niemowlęca ze wzrostomierzem - 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
| 2 | Dokładność odczytu [d] max. 10 g w zakresie do 10 kg | Tak, opisać |  |
| 3 | Obciążenie max. 20 kg | Tak, opisać |  |
| 4 | Zasilanie bateryjne | Tak, opisać |  |
| 5 | Wyświetlacz LCD | Tak, opisać |  |
| 6 | Waga urządzenia max. 2,5kg | Tak, opisać |  |
| 7 | Wymiary urządzenia min. 555 x 160 x 350 mm(+/-10 mm) | Tak, opisać |  |
| 8 | Zdejmowana szalka pomiarowa | Tak, opisać |  |
| 9 | Intuicyjne przyciski i funkcje:Automatyczne wyłączanieTARADo mobilnego mierzeniaBMIFHOLD | Tak, opisać |  |
| 10 | Przełączanie zakresów ważenia | Tak, opisać |  |
| 11 | Wbudowany wzrostomierz | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 3 - Aparat EKG - 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  | Prezentacja na wyświetlaczu 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG, wyników analizy i interpretacji, badań zapisanych w pamięci  | Tak, opisać |  |
|  | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG  | Tak, opisać |  |
|  | Wydruk w trybie 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG; drukowanie wybranej grupy:* 1 kanał - (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6)
* 3 kanały w układzie standardowym - (I-II-III, aVR-aVL-aVF, V1-V2-V3, V4-V5-V6)
* 3 kanały w układzie Cabrera (aVL-I-aVR, II-aVF-III, V1-V2-V3, V4-V5-V6)
* 6 kanałów w układzie standardowym - (I-II-III-aVR-aVL-aVF, V1-V2-V3-V4-V5-V6)
* 6 kanałów w układzie Cabrera (aVL-I-aVR-II-aVF-III, V1-V2-V3-V4-V5-V6)
* 12 kanałów w układzie standardowym - (I-II-III-aVR-aVL-aVF-V1-V2-V3-V4-V5-V6)
* 12 kanałów w układzie Cabrera (aVL-I-aVR-II-aVF-III-V1-V2-V3-V4-V5-V6)
 | Tak, opisać |  |
|  | Możliwe rodzaje badań: ręczne, AUTO, SPIRO, automatyczne do schowka, AUTOMANUAL, LONG  | Tak, opisać |  |
|  | Zapis automatyczny z funkcją zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie, a następnie w zależności od ustawień: wydrukowanie badania, analizy, interpretacji lub zapisanie badania do bazy  | Tak, opisać |  |
|  | Regulowana długość zapisu badania automatycznego – w przedziale od 6 do 30 sekund  | Tak, opisać |  |
|  | Zapis wsteczny przy badaniu automatycznym do schowka i przy badaniu ręcznym  | Tak, opisać |  |
|  | Wydruk rytmu przy badaniu AUTO i badaniu automatycznym do schowka  | Tak, opisać |  |
|  | Definiowalne etapy badania według ustalonych parametrów przy badaniu AUTOMANUAL  | Tak, opisać |  |
|  | Zapis badania do pamięci od 1 minuty do 15 minut w trybie LONG  | Tak, opisać |  |
|  | Wydruk na drukarce aparatu lub zewnętrznej drukarce PCL5/PCL6  | Tak, opisać |  |
|  | Wydruk z bazy pacjentów; możliwość wydruku dodatkowych informacji o badaniu i pacjencie  | Tak, opisać |  |
|  | Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi  | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość ustawienia parametrów przebiegów: prędkości, czułości i intensywności wydruku  | Tak, opisać |  |
|  | Łatwa obsługa dzięki menu obsługiwanemu za pomocą panelu dotykowego  | Tak, opisać |  |
|  | Baza pacjentów i badań; pamięć do 1000 pacjentów lub 1000 badań  | Tak, opisać |  |
|  | Przeglądanie na wyświetlaczu zapisanych w pamięci badań, z możliwością zmiany ilości odprowadzeń, wzmocnienia i prędkości  | Tak, opisać |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-51 (baza CSE) - wyniki analizy i interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta | Tak, opisać |  |
|  | Wykonanie do 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej  | Tak, opisać |  |
|  | Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu  | Tak, opisać |  |
|  | Praca na otwartym sercu - aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu  | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość włączania i wyłączania filtrów:* filtr zakłóceń sieciowych; do wyboru filtry: 50 Hz, 60 Hz
* filtr zakłóceń mięśniowych; do wyboru filtry: 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz
* filtr izolinii; do wyboru filtry: 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz
 | Tak, opisać |  |
|  | Detekcja INOP odpięcia elektrody niezależna dla każdego kanału  | Tak, opisać |  |
|  | Wykrywanie i prezentacja impulsów stymulujących  | Tak, opisać |  |
|  | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń stymulatora serca  | Tak, opisać |  |
|  | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym | Tak, opisać |  |
|  | Eksport badań do pamięci USB, na skrzynkę e-mail lub na inny aparat za pomocą usługi EKG-MAIL  | Tak, opisać |  |
|  | Przewodowa komunikacja z siecią LAN lub Internet | Tak, opisać |  |
|  | Współpraca z oprogramowaniem CardioTEKA oraz CardioTEL  | Tak, opisać |  |
|  | Wykonywanie spirometrycznego badania przesiewowego przy użyciu przystawki SPIRO-31 | Tak, opisać |  |
|  | EDM - archiwizacja badań za dany okres na zewnętrznym nośniku (pamięć USB)  | Tak, opisać |  |
|  | Wózek do aparatu | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
|  | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
|  | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
|  | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
|  | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 4 - Pulsoksymetr- 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
| 2 | System monitorowania saturacji SpO2 oraz tętna dzieci i dorosłych | Tak, opisać |  |
| 3 | Pulsoksymetr stacjonarno-transportowy z wbudowanym akumulatorem oraz wyposażony w zasilacz sieciowy | Tak, opisać |  |
| 4 | Zasilanie 110-230 VAC, 50/60 Hz/ 125mA | Tak, opisać |  |
| 5 | Czas pracy akumulatora minimum 18 godzin przy użyciu nowego, w pełni naładowanego akumulatora, czas ładowania ok. 4 godziny | Tak, opisać |  |
| 6 | Waga maksymalna 350 g. | Tak, opisać |  |
| 7 | Menu w języku polskim | Tak, opisać |  |
| 8 | Nawigacja i sterowanie za pomocą podświetlanych przycisków | Tak, opisać |  |
| 9 | Zakres pomiaru saturacji: 1-100% | Tak, opisać |  |
| 10 | Zakres pomiaru pulsu: 0-300min | Tak, opisać |  |
| 11 | Wskaźnik perfuzji: 0,1-20 | Tak, opisać |  |
| 12 | Saturacja (%SpO2 +/-1) | Tak, opisać |  |
| 13 | Dorośli: 70-100% +/- 2% | Tak, opisać |  |
| 14 | Pomiar częstości tętna: 30-250 bpm +/- 3% | Tak, opisać |  |
| 15 | Kolorowy wyświetlacz 2,8” TFT prezentujący wszystkie graficzne i numeryczne informacje pacjenta oraz komunikaty ostrzegawcze | Tak, opisać |  |
| 16 | Wyświetlanie krzywej pletyzmografu | Tak, opisać |  |
| 17 | Wyświetlanie SpO2 — bieżąca wartość | Tak, opisać |  |
| 18 | Wyświetlanie górnego i dolnego limitu alarmowego dla saturacji | Tak, opisać |  |
| 19 | Wyświetlanie częstości tętna - bieżąca wartość | Tak, opisać |  |
| 20 | Wyświetlanie górnego i dolnego limitu alarmowego dla tętna | Tak, opisać |  |
| 21 | Wyświetlanie czasu | Tak, opisać |  |
| 22 | Wyświetlanie ikony aktywnego alarmu | Tak, opisać |  |
| 23 | Wskaźnik zasilania sieciowego | Tak, opisać |  |
| 24 | Wskaźnik jakości sygnału – co najmniej trzy poziomy: słaby, średni, dobry | Tak, opisać |  |
| 25 | Indeks perfuzji | Tak, opisać |  |
| 26 | Wskaźnik czasu użycia, wskazujący jak długo czujnik SpO2 jest założony na tym samym miejscu | Tak, opisać |  |
| 27 | Możliwość personalizacji urządzenia i wprowadzania danych pacjenta za pomocą oprogramowania PC | Tak, opisać |  |
| 28 | Pamięć danych max 96 godzin, z częstotliwością zapisu w granicach od 5 do 60 sekund | Tak, opisać |  |
| 29 | Trend pomiaru z co najmniej 3 ostatnich godzin | Tak, opisać |  |
| 30 | Alarm wizualny i dźwiękowy dla SpO2 poniżej dolnej granicy | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 5 - USG-1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Mobilny system wyposażony w cztery skrętne koła z możliwością blokowania, oraz wadze max. 100 kg | Tak, opisać |  |
| 3 | **Konstrukcja i konfiguracja** |  |  |
| 4 | Ilość fizycznych kanałów TX min. 192 | Tak, opisać |  |
| 5 | Liczba procesowych kanałów min. 1 500 000 | Tak, opisać |  |
| 6 | Monitor kolorowy LED o przekątnej ekranu min. 22” o wysokiej rozdzielczości min.1920x1080 | Tak, opisać |  |
| 7 | Możliwość zmiany pozycji monitora niezależnie od panelu sterowania | Tak, opisać |  |
| 8 | Monitor umieszczony na ruchomym wysięgniku, regulacja lewo-prawo, góra-dół, pochył, obrót | Tak, opisać |  |
| 9 | Min.4 aktywne i równoważne gniazda do przyłączenia głowic obrazowych | Tak, opisać |  |
| 10 | Panel dotykowy wspomagający obsługę aparatu z możliwością regulacji jasności, min 10” | Tak, opisać |  |
| 11 | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (cineloop) dla obrazu 2D min. 7000 klatek  | Tak, opisać |  |
| 12 | Wymagana dynamika aparatu min. 250 dB  | Tak, opisać |  |
| 13 | Wewnętrzny dysk twardy typu SSD o pojemności min.500 GB  | Tak, opisać |  |
| 14 | Możliwość ukrycia danych pacjenta przy archiwizacji na zewnętrzne nośniki | Tak, opisać |  |
| 15 | Zakres częstotliwości pracy ultrasonografu całkowity zakres częstotliwości fundamentalnych [nie harmonicznych] emitowanych przez głowice obrazowe możliwe do podłączenia na dzień składania ofert), min. 1,0 do 18,0 | Tak, opisać |  |
| 16 | Możliwość płynnej regulacji położenia panelu sterowania w kierunkach – lewo/prawo, góra/dół | Tak, opisać |  |
| 19 | Protokół komunikacji DICOM 3,0 | Tak, opisać |  |
| 20 | Drukarka czarno-biała małego formatu, wbudowana w aparat | Tak, opisać |  |
| 21 | **Obrazowanie i prezentacja obrazu** |  |  |
| 22 | Regulacja głębokości penetracji w zakresie min. od 2 cm do 38 cm | Tak, opisać |  |
| 23 | Cyfrowa regulacja TGC dostępna na panelu dotykowym, z funkcją zapamiętywania kilku preferowanych ustawień | Tak, opisać |  |
| 24 | Obrazowanie harmoniczne | Tak, opisać |  |
| 25 | Obrazowanie harmoniczne z odwróceniem impulsu (inwersją fazy) | Tak, opisać |  |
| 26 | Częstotliwość odświeżania obrazu 2D min. 2000 obrazów na sek. | Tak, opisać |  |
| 27 | Doppler pulsacyjny (PWD), Color Doppler (CD), Power Doppler (PD) dostępny na wszystkich oferowanych głowicach | Tak, opisać |  |
| 28 | Power Doppler z oznaczeniem kierunku przepływu | Tak, opisać |  |
| 29 | Regulacja wielkości bramki Dopplerowskiej (SV) min. 0,5 mm - 15,0 mm | Tak, opisać |  |
| 30 | Jednoczesne wyświetlanie na ekranie dwóch obrazów w czasie rzeczywistym typu B i B/CD | Tak, opisać |  |
| 31 | Obrazowanie wraz z analizą ilościową krzywych ze środkami kontrastowymi do badań brzusznych | Tak, opisać |  |
| 32 | Specjalistyczne oprogramowanie do badań piersi, narządów powierzchownych, ginekologicznych, naczyniowych, jamy brzusznej, pediatrycznych | Tak, opisać |  |
| 33 | **Funkcje** |  |  |
| 34 | Min. 8- krotne powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym | Tak, opisać |  |
| 35 | Min. 8- krotne powiększenia obrazu zamrożonego | Tak, opisać |  |
| 36 | Automatyczna optymalizacja obrazu 2D przy pomocy jednego przycisku (m.in. automatyczne dopasowanie wzmocnienia obrazu) | Tak, opisać |  |
| 37 | Funkcja automatycznego ustawiania bramki dopplera w naczyniu, z uwzględnieniem kąta korekcji | Tak, opisać |  |
| 38 | Automatyczna optymalizacja widma dopplerowskiego przy pomocy jednego przycisku (m.in. automatyczne dopasowanie linii bazowej oraz PRF) | Tak, opisać |  |
| 39 | Oprogramowanie do wygładzania oraz wykontrastowania obrazu zbliżonego do obrazów MR ( np. Sono MR , SRI) działające na wszystkich oferowanych głowicach | Tak, opisać |  |
| 40 | Praca w trybie wielokierunkowego emitowania i składania wiązki ultradźwiękowej z głowic w pełni elektronicznych, z min. 7 kątami emitowania wiązki tworzącymi obraz 2D na wszystkich zaoferowanych głowicach.Wymóg pracy dla trybu 2D oraz w trybie obrazowania harmonicznego. | Tak, opisać |  |
| 41 | Automatyczny obrys spektrum i wyznaczanie parametrów przepływu na zatrzymanym spektrum oraz w czasie rzeczywistym na ruchomym spektrum | Tak, opisać |  |
| 42 | Obrazowanie z użyciem technologii odbioru pełnego spektrum sygnału (wykorzystujące technologię obrazowania na kilku częstotliwościach ) – działające na wszystkich oferowanych głowicach | Tak, opisać |  |
| 43 | Możliwość zaprogramowania w aparacie nowych pomiarów oraz kalkulacji | Tak, opisać |  |
| 44 | Pomiar odległości, min. 8 pomiarów | Tak, opisać |  |
| 45 | Raporty dla każdego rodzaju i trybu badania z możliwością dołączenia obrazów do raportów | Tak, opisać |  |
| 46 | Funkcja obrazująca powiększenie znacznika pomiarowego (lupa), pozwalająca wykonywać pomiary z bardzo dużą precyzją bez konieczności powiększania obszaru zainteresowania. Okno powiększenia wyświetlone poza obrazem diagnostycznym. | Tak, opisać |  |
| 47 | Pomiar obwodu, pola powierzchni, objętości, kątów | Tak, opisać |  |
| 48 | **Głowice** |  |  |
| 49 | **Głowica convex do badań jamy brzusznej, położniczych, urologicznych** | Tak, opisać |  |
| 50 | Szerokopasmowa o zakresie częstotliwości min. 1.0 – 8.0 MHz (± 1 MHz) | Tak, opisać |  |
| 51 | Liczba elementów min.160 | Tak, opisać |  |
| 52 | Kąt pola widzenia głowicy min. 70 stopni | Tak, opisać |  |
| 53 | Głowica wykonana w technologii wielorzędowej matrycowej lub innej znacząco poprawiającej rozdzielczość obrazowania np. Single Crystal, S-Vue, PureWave lub równoważna | Tak, opisać |  |
| 54 | Możliwość zastosowania przystawki biopsyjnej | Tak, opisać |  |
| 55 | **Głowica liniowa do badań piersi, mięśniowo-szkieletowych, małych narządów naczyniowych, pediatrycznych** | Tak, opisać |  |
| 56 | Szerokopasmowa o zakresie częstotliwości min 3.0 – 13.0 MHz (± 1 MHz) | Tak, opisać |  |
| 57 | Liczba elementów min. 256 | Tak, opisać |  |
| 58 | Szerokość pole widzenia głowicy min. 50 mm przy wyłączonym obrazowaniu trapezoidalnym | Tak, opisać |  |
| 59 | Możliwość zastosowania przystawki biopsyjnej | Tak, opisać |  |
| 60 | **Głowica mikrokonwex do badań pediatrycznych** | Tak, opisać |  |
| 61 | Szerokopasmowa o zakresie częstotliwości min 4 – 10.0 MHz (± 1 MHz) | Tak, opisać |  |
| 62 | Liczba elementów min. 128 | Tak, opisać |  |
| 63 | Kąt pola widzenia min. 90 stopni. | Tak, opisać |  |
| 64 | **Głowica sektorowa pediatryczna** | Tak, opisać |  |
| 65 | Szerokopasmowa o zakresie częstotliwości min 3.0 – 9.0 MHz (± 1 MHz) | Tak, opisać |  |
| 66 | Liczba elementów min. 90 | Tak, opisać |  |
| 67 | Kąt pole widzenia głowicy min. 90 stopni  | Tak, opisać |  |
| 68 | **Inne** |  |  |
| 69 | Możliwość rozbudowy o funkcję automatycznego wyodrębnienia i opisu zmian w piersiach dostępna na zaoferowanej głowicy liniowej  | Tak, opisać |  |
| 70 | Możliwość rozbudowy o aplikację służąca do w pełni automatycznego pomiaru kompleksu IMT wraz z podaniem współczynnika jakości wykonanego obrysu | Tak, opisać |  |
| 71 | Możliwość rozbudowy o funkcję elastografii (Shear Wave) do oceny stopnia zwłóknienia wątroby dostępna na oferowanej głowicy convex.  | Tak, opisać |  |
| 72 | Możliwość rozbudowy o obrazowanie 3D/4D z głowic wolumetrycznych typu convex, linia i endo. | Tak, opisać |  |
| 73 | Możliwość rozbudowy o obrazowanie tomograficzne na obrazie żywym i zamrożonym w trybie 3D/4D z możliwością wyświetlenia minimum 12 równoległych warstw. | Tak, opisać |  |
| 74 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do trójwymiarowego obrazowania serca płodu z kolorowym Dopplerem | Tak, opisać |  |
| 75 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do automatycznego pomiaru NT na obrazie bryłowym (3D). | Tak, opisać |  |
| 76 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do farmakologicznej próby obciążeniowej i wysiłku fizycznego | Tak, opisać |  |
| 77 | Możliwość rozbudowy o głowicę kardiologiczną przezprzełykową o zakresie częstotliwości min. 3.0 – 8.0 MHz (± 1 MHz), kącie pola widzenia min. 90°, ilości elementów min. 64  | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 6 - Holter-1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Wyświetlacz LCD | Tak, opisać |  |
| 3 | Bezprzewodowa komunikacja z komputerem | Tak, opisać |  |
| 4 | 3-kanałowy holter długoterminowy | Tak, opisać |  |
| 5 | Filtr EKG dla poprawy jakości sygnału | Tak, opisać |  |
| 6 | Automatyczna ocena długoterminowego zapisu EKG | Tak, opisać |  |
| 7 | HR i trendy ST | Tak, opisać |  |
| 8 | Czujnik wykrywania ruchu 3D | Tak, opisać |  |
| 9 | Oblicza ST, QT, AF, HRV, MIKRO-TWA | Tak, opisać |  |
| 10 | Różne opcje edytowania i drukowania wyników | Tak, opisać |  |
| 11 | Analiza arytmii | Tak, opisać |  |
| 12 | Podgląd zdarzeń | Tak, opisać |  |
| 13 | Definicja parametrów analizy | Tak, opisać |  |
| 14 | Opracowanie raportu | Tak, opisać |  |
| 15 | Interfejsy: GDT, DICOM, HL-7 | Tak, opisać |  |
| 16 | Analiza stymulatora | Tak, opisać |  |
| 17 | Czas nagrywania: 24, 48 lub 72 godziny | Tak, opisać |  |
| 18 | Oprogramowanie w komplecie | Tak, opisać |  |
| 19 | Waga: ok. 50g [±15g] | Tak, opisać |  |
| 20 | Oprogramowanie | Tak, opisać |  |
| 21 | Kompatybilne z oferowanym holterem | Tak, opisać |  |
| 22 | Licencja na nieograniczoną liczbę stanowisk | Tak, opisać |  |
| 23 | Dokładna klasyfikacja QRS i analiza rytmu | Tak, opisać |  |
| 24 | Poziom ST i analiza nachylenia | Tak, opisać |  |
| 25 | Analiza QT | Tak, opisać |  |
| 26 | Analiza zmienności rytmu serca | Tak, opisać |  |
| 27 | Funkcje importu i eksportu | Tak, opisać |  |
| 28 | Kompatybilny z SO Windows | Tak, opisać |  |
| 29 | Możliwość pracy w sieci | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy narzędzi w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 4 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 5 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 6 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej  | Max. 3 dni robocze |  |
| 7 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych dostarczonych narzędzi w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 8 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 9 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 10 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 7 - Spirometr-1szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Ekran dotykowy |  |  |
| 3 | Menu w j. polskim. | Tak, opisać |  |
| 4 | Motywacyjne animacje pediatryczne  | Tak, opisać |  |
| 5 | Kontrola poprawności wykonania badania | Tak, opisać |  |
| 6 | Porównanie wyników z wartościami należnymi | Tak, opisać |  |
| 7 | Pamięć min. 2000 badańwpisywane dane: imię, nazwisko, numer ID, wiek, waga, wzrost, płeć, w tym krzywe: przepływ/objętość i objętość/czas | Tak, opisać |  |
| 8 | Mierzone parametry:VC, FEV0.75, FEV1, FEV3, FEV6, FVC, PEF, FEV0.75/VC, FEV0.75/FVC, FEV1/VC, FEV1/FVC, FEV3/VC, FEV3/FVC, FEV0.75/FEV6, FEV1/FEV6, MEF75, MEF50, MEF25, MEF25-75, FEF50/VC, FEF50/FVC, MMEF/FVC, FIV1, FIVC, PIF, FIV1/FIVC, MIF75, FIF50, MIF25, R50, MET25-75, FET, MVV (ind), EVC, IVC, IC, VT, Ti, Te, Ti/Ttot, VT/Ti, IRV, ERV, FR | Tak, opisać |  |
| 9 | Liczba prób dla badania:* 5 dla badania swobodnego VC,
* 8 dla badania natężonego,
* 2 badania po podaniu leku
 | Tak, opisać |  |
| 10 | Przetwornik:złota turbina - dwukierunkowy cyfrowy przetwornik objętości | Tak, opisać |  |
| 11 | Rozdzielczość:- objętość - 10ml, - przepływ - 0,03l/s. | Tak, opisać |  |
| 12 | Dokładność:+/-3% zgodnie ze standardami ATS 2005 | Tak, opisać |  |
| 13 | Wbudowana drukarka | Tak, opisać |  |
| 14 | Zasilanie:100-240V, 50-60Hz i akumulatory NiMH 8,4V, 1Ah | Tak, opisać |  |
| 15 | Waga spirometru wraz z przetwornikiem – do 1 kg.  | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 8 - Aparat EKG dla dzieci z kompl. elektrod przedsercowych i kończynowych z wózkiem-1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG | Tak, opisać |  |
|  | Podczas badania automatycznego funkcja zapisu do wewnętrznej pamięci sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie, łącznie z datą i godziną wykonania badania, ustawieniami filtrów, czasem zapisu badania i opcjonalnie z danymi pacjenta i gabinetu | Tak, opisać |  |
|  | Wydruk z pamięci wewnętrznej automatycznego badania EKG w grupach po 3 odprowadzenia | Tak, opisać |  |
|  | Wydruk analizy i interpretacji automatycznego badania EKG z wbudowanej drukarki medycznej | Tak, opisać |  |
|  | Prezentacja na wyświetlaczu o przekątnej min. 7’’ 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG | Tak, opisać |  |
|  | Wydruk 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG z wbudowanej drukarki termicznej | Tak, opisać |  |
|  | Imię i nazwisko pacjenta do wydruku przebiegu EKG | Tak, opisać |  |
|  | Grubość wydruku linii krzywych EKG do wyboru: normalna lub pogrubiona | Tak, opisać |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz graficzny LCD min. 7’’ | Tak, opisać |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-25 (baza CSE) - wyniki interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta | Tak, opisać |  |
|  | Pamięć ostatnich badań automatycznych z ustawialnym limitem od 5 do 1000 | Tak, opisać |  |
|  | Wykonanie do 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej | Tak, opisać |  |
|  | Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu | Tak, opisać |  |
|  | Automatyczna detekcja zespołów QRS | Tak, opisać |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych; do wyboru filtry: 50 Hz, 60 Hz | Tak, opisać |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych; do wyboru filtry: 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz | Tak, opisać |  |
|  | Filtr izolinii; do wyboru filtry: 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz | Tak, opisać |  |
|  | Detekcja odpięcia elektrody niezależna dla każdej elektrody | Tak, opisać |  |
|  | Prezentacja krzywych w układzie standardowym lub Cabrera | Tak, opisać |  |
|  | Menu w języku polskim | Tak, opisać |  |
|  | Zewnętrzny port USB do podłączenia komputera PC w celu przesyłu sygnału EKG w czasie rzeczywistym | Tak, opisać |  |
|  | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeni | Tak, opisać |  |
|  | Badanie automatyczne z wydrukiem danych pacjenta i danych gabinetu | Tak, opisać |  |
|  | Funkcje oszczędności energii akumulatora | Tak, opisać |  |
|  | Wymiary (dług. x szer. x wys.): 220 x 153 x 55 mm (±5 mm) | Tak, opisać |  |
|  | Waga: < 1 kg | Tak, opisać |  |
|  | Komplet elektrod kończynowych i przedsercowych dla niemowląti małych dzieci | Tak, opisać |  |
|  | Dedykowany wózek pod aparat | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 5 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 6 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 8 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 9 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 10 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 11 | Szkolenie pracowników | tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

)

**Część 9 - Przenośna elektroniczna waga dziecięca ze wzrostomierzem -1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
|  | Nośność: 200 kg | Tak, podać |  |
|  | Masa własna netto: max. 6,5 kg | Tak, podać |  |
|  | Zakres pomiaru: 75-200 cm | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie: bateria, zasilacz | Tak, podać |  |
|  | Wymiary: 294 x 2150 x 417 mm (±5 mm)(szer. x wys. x gł.) | Tak, podać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

)

**Część 10 - Waga elektroniczna niemowlęca -1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
|  | Nośność: 20 kg |  |  |
|  | Podziałka: 10 g < 10kg > 20 g |  |  |
|  | Masa własna netto: max. 2,5 kg |  |  |
|  | Zasilanie: sieciowe [220-240 V, 50/60 Hz] oraz baterie |  |  |
|  | Funkcje:* Hold,
* BMIF,
* automatyczne wyłączanie,
* TARA,
* przełączanie zakresów ważenia do mobilnego mierzenia.
 |  |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 5 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 6 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 8 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 9 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 10 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 11 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 11 – Bilirubinometr-1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Urządzenie przenośne |  |  |
| 3 | Zasilanie 2 bateriami AA 1.5 V lub akumulatorami | Tak, opisać |  |
| 4 | Zakres pomiaru od 0,0 mg/dL -30,0 mg/Dl | Tak, opisać |  |
| 5 | Dokładność pomiaru ±1,5 mg/Dl, | Tak, opisać |  |
| 6 | Jednostki do wyboru: mg/dL lub μmol/L | Tak, opisać |  |
| 7 | Czas gotowości: max. 5s | Tak, opisać |  |
| 8 | Czas pomiaru max. 2 sekundy | Tak, opisać |  |
| 9 | Pamięć min. 20 ostatnich pomiarów | Tak, opisać |  |
| 10 | Wyświetlacz LCD | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 12 - Kolumna anestezjologiczna- 1szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych | Wartość wymagana | Wartość oferowana |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do instalacji na sali operacyjnej | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie o gładkich powierzchniach, bez wystających elementów, kształty zaokrąglone bez ostrych krawędzi i kantów bez widocznych śrub, nakrętek itp. | Tak, opisać |  |
|  | Zestaw przyłączy elektryczno-gazowych. Przewody gazowe z instalacji szpitalnej przyłączane do zaworów odcinających przy płycie interfejsowej na twardy lut. Okrągła obudowa stropowa. | Tak, opisać |  |
|  | Zawieszenie kolumny: płyta stropowa wraz z płytą połączeń gazowo-elektrycznych i okrągłą, stropową maskownicą. Przyłącza gazów medycznych na szybkozłączkach lutowanych do przewodów instalacji szpitalnej. | Tak, opisać |  |
|  | Ramię kolumny jednoczęściowe, o łącznym zasięgu min. 1000mm | Tak, opisać |  |
|  | Konsola kolumny obrotowa w zakresie min. 340o. | Tak, opisać |  |
|  | Udźwig kolumny min. 200 kg | Tak, opisać |  |
|  | Pionowa głowica o przekroju poprzecznym w kształcie trapezowatym. | Tak, opisać |  |
|  | Kolumna wyposażona w hamulce pneumatyczne i cierne, przyciski umieszczone w dwóch uchwytach, zlokalizowanych na bocznych ścianach głowicy, co znacznie ułatwia manewrowanie kolumną, uchwyty zorientowane są pionowo. Nie dopuszcza się uchwytów zlokalizowanych na froncie półek.  | Tak, opisać |  |
|  | Gniazda gazów medycznych umieszczone na bocznych ścianach konsoli. Nie dopuszcza się na rozmieszczenia gniazd gazów medycznych na ścianie frontowej i tylnej konsoli. | Tak, opisać |  |
|  |

|  |
| --- |
| Punkty poboru gazów medycznych typu AGA: * 2 x 02
* 2 x VAC
* 2 x AIR
* 2 x N2O
* 2 x podtlenek azotu
* 1 x odciąg gazów poanestetycznych AGSS
 |

 | Tak, opisać |  |
|  |

|  |
| --- |
| Wyposażenie konsoli w gniazda elektryczne o module 45x45mm:- 6 x gniazdo elektryczne 230 V/50hz- 1 x podwójne gniazdo teletechniczne typu RJ 45.- 6 x gniazdo ekwipotencjalne |

 | Tak, opisać |  |
|  | Gniazda elektryczne i teletechniczne, umieszczone na tylnej ścianie konsoli, ściana usytuowana pod kątem 45stopni w stosunku do ściany bocznej. Gniazda elektryczne zlicowane z powierzchnią głowicy. | Tak, opisać |  |
|  | 1 półka o wymiarach całkowitych 630x430mm (szerokość x głębokość) [±10cm] wyposażona w szyny boczne po prawej i lewej stronie, szyny w całości wykonane ze stopów metali lekkich z wyoblonymi narożnikami. Udźwig półki min. 50 kg | Tak, opisać |  |
|  | Szuflada pojedyncza zamontowana pod półką, szuflada wyposażona w system samodomykania. Wysokość szuflady min. 14 mm. | Tak, opisać |  |
|  | Fronty szuflad oraz powierzchnia odkładcza półek wykonane z tworzywa typu Corian.lub równoważny  | Tak, opisać |  |
|  | Głowica wyposażona w dwie poziome szyny techniczne w standardzie 25x10 o długości min. 50 cm umieszczone z przodu głowicy | Tak, opisać |  |
|  | Wieszak kroplówki montowany do kolumny | Tak, opisać |  |
|  | Konsola pionowa, obrotowa w zakresie 340°, wykonana z profilu z aluminiowego, pokrytego warstwą lakieru. Nie dopuszcza się głowicy wykonanej z aluminium anodowego. | Tak, opisać |  |
|  | Wysokość konsoli 1000 mm (+/- 50mm) | Tak, opisać |  |
|  | Szerokość konsoli 300mm (± 10mm) | Tak, opisać |  |
|  | Głębokość konsoli 240 mm (+/- 10 mm) | Tak, opisać |  |
|  | Kolumna medyczna podłączona do istniejących instalacji elektrycznych i gazów medycznych. | Tak, opisać |  |
|  | Urządzenie kompatybilne z system promieniowej jonizacji katalitycznej RCI.  | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 13 - Laktator-1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
|  | Dwufazowy program odciągania pokarmu, zapisany na karcie magnetycznej. | Tak, opisać |  |
|  | Do wyboru min. dwa programy. | Tak, opisać |  |
|  | Program stymulacji laktacji. | Tak, opisać |  |
|  | Program do odciągania pokarmu. | Tak, opisać |  |
|  | Rytm pracy naśladujący rytm ssania niemowlęcia.  | Tak, opisać |  |
|  | Płynna regulacja siły ssania.  | Tak, opisać |  |
|  | Przystosowany do pracy ciągłej 24 h/dobę. | Tak, opisać |  |
|  | Głośność aparatu max 45 dB. |  |  |
|  | Waga urządzenia max. 3 kg (bez stojaka jezdnego) | Tak, opisać |  |
|  | Trwała obudowa zapewniająca utrzymanie urządzenia w czystości.  | Tak, opisać |  |
|  | Statyw na butelki. | Tak, opisać |  |
|  | Separacja mediów. | Tak, opisać |  |
|  | Zasilanie 230-240V, 50/60 Hz | Tak, opisać |  |
|  | Statyw do laktatora jezdny  | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 14 - Kardiotokograf z analizą śródporodową -1szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
| 2 | Przetwornik ultradźwiękowy 1 MHz, wodoszczelny – 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 3 | Zakres odczytu dla przetwornika ultradźwiękowego – min. 30-240 bpm | Tak, opisać |  |
| 4 | Natężenie fali ultradźwiękowej dla przetworników ≤ 1 mW/cm² | Tak, opisać |  |
| 5 | Monitorowanie ciąży bliźniaczej | Tak, opisać |  |
| 6 | Możliwość rozbudowy o monitorowanie ciąży trojaczej | Tak, opisać |  |
| 7 | Możliwość wyposażenia w czujnik saturacji krwi rodzącej na palec  |  |  |
| 8 | Możliwość wyposażenia w funkcje monitorowania ciśnienia tętniczego krwi rodzącej | Tak, opisać |  |
| 9 | Możliwość rozbudowy o pomiar ciśnienia wewnątrzmacicznego z wykorzystaniem jednorazowego czujnika | Tak, opisać |  |
| 10 | Możliwość rozbudowy o elektrokardiografie płodu FECG | Tak, opisać |  |
| 11 | Możliwość rozbudowy o elektrokardiografie matki MECG | Tak, opisać |  |
| 12 | Dokładność obliczania częstości pracy serca płodu ± 0,25bpm w całym zakresie pomiarowym | Tak, opisać |  |
| 13 | Zewnętrzny przetwornik Toco, wodoszczelny – 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 14 | Funkcja ręcznego i automatycznego zerowania Toco | Tak, opisać |  |
| 15 | Aparat posiada możliwość ustawienia bazowej Toco „0” , „10”, „20” | Tak, opisać |  |
| 16 | Możliwość zamocowania przetworników na uchwytach przy aparacie | Tak, opisać |  |
| 17 | Znacznik zdarzeń dla pacjentki | Tak, opisać |  |
| 18 | Funkcja automatycznego wykrywania ruchów płodu i wydruk wykresu aktywności ruchowej płodu | Tak, opisać |  |
| 19 | Znacznik zdarzeń dla personelu z możliwością wyboru opcji wbudowanych | Tak, opisać |  |
| 20 | Alarmy utraty sygnału, wysokiego i niskiego tętna płodu; granice alarmów definiowalne przez użytkownika  | Tak, opisać |  |
| 21 | Licznik czasu badania NST | Tak, opisać |  |
| 22 | 3-stopniowy wskaźnik jakości odbieranego sygnału | Tak, opisać |  |
| 23 | Możliwość wprowadzenia do pamięci aparatu daty i czasu oraz danych użytkownika, szpitala, przychodni. | Tak, opisać |  |
| 24 | Rozbudowana baza danych zapisów KTG wraz z kalkulatorem ciąży, danymi pacjentki, ciąży, badania KTG | Tak, opisać |  |
| 25 | Pojedyncza, możliwa do zapamiętania sesja zapisu KTG nie krótsza niż 90 godzin | Tak, opisać |  |
| 26 | Wbudowana drukarka termiczna o wysokiej rozdzielczości z możliwością wydruku na papierze Sonicaid, Philips, GE Corometrics. (papier gładki i wstępnie zadrukowany) | Tak, opisać |  |
| 27 | W aparat KTG wbudowane dwie analizy z interpretacją : przedporodowa  oraz śródporodowa stosowana podczas rozpoczętej akcji porodowej | Tak, opisać |  |
| 28 | Wbudowana automatyczna komputerowa kliniczna analiza przedporodowa monitorowanych danych z wydrukiem raportu | Tak, opisać |  |
| 29 | Analizowanie przynajmniej 14 parametrów zapisu KTG (min. STV, LTV, wyznaczanie linii bazowej, oznaczanie obszarów wysokiej i niskiej zmienności) | Tak, opisać |  |
| 30 | Aparatu wyposażony w podświetlenie drukarki. (umożliwia ocenę wydruku w zaciemnionym pomieszczeniu np. w nocy) | Tak, opisać |  |
| 31 | Drukarka umożliwia zapis ciąży mnogiej na tym samym wykresie , z przesunięciem o 20 bpm lub na osobnych skalach (dotyczy papieru bez podziałki)  | Tak, opisać |  |
| 32 | Dotykowy wyświetlacz LCD o przekątnej min. 8”, umożliwiający podgląd monitorowanych parametrów w formie cyfrowej i graficznej. | Tak, opisać |  |
| 33 | Wyświetlacz LCD ze zmiennym tłem i podświetleniem – w zależności od potrzeb | Tak, opisać |  |
| 34 | Obsługa aparatu wyłącznie przez ekran dotykowy | Tak, opisać |  |
| 35 | Możliwość obsługi ekranu dotykowego w rękawiczkach  | Tak, opisać |  |
| 36 | Brak fizycznych przycisków na obudowie – zapewnia dokładną dezynfekcję i utrzymanie w czystości | Tak, opisać |  |
| 37 | **Współpraca z cyfrowymi systemami centralnego monitorowania oraz oprogramowaniem komputerowym** | Tak, opisać |  |
| 38 | Możliwość współpracy z telemetrią | Tak, opisać |  |
| 39 | Aparat wyposażony w wewnętrzną pamięć z możliwością rozbudowy pojemności | Tak, opisać |  |
| 40 | Aparat wyposażony w min. 2 porty USB umożliwiające archiwizowanie zapamiętanych badań na pamięć zewnętrzną. | Tak, opisać |  |
| 41 | Możliwość podłączenia fizycznej klawiatury | Tak, opisać |  |
| 42 | Aparat wyposażony w co najmniej jeden port RS232 i min. jeden port LAN  | Tak, opisać |  |
| 43 | Aparat wyposażony w kliniczną przedporodową komputerową analizę zapisu KTG z zawansowaną interpretacją  | Tak, opisać |  |
| 44 | Waga nie więcej niż 6 kg | Tak, opisać |  |
| 45 | Wymiary 32 x 23 x 24cm (± 4 cm) | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 15 - Aparat do elektrochirurgii/diatermia-1szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Diatermia mono- i bipolarna o max mocy cięcia monopolarnego min. 80 W 300 Ω, przeznaczona do drobnych, delikatnych zabiegów mikrochirurgicznych |  |  |
| 3 | Możliwość prowadzenia cięcia monopolarnego z dwoma różnymi prądami, różniącymi się efektami hemostatycznymi o min. mocy 80W dla *pure cut* i min.70W dla *blend cut* | Tak, opisać |  |
| 4 | Możliwość koagulacji monopolarnej kontaktowej o mocy min. 70W i natryskowej min 60W | Tak, opisać |  |
| 5 | Progresywna regulacja mocy każdej dostępnej funkcji | Tak, opisać |  |
| 6 | Maksymalna moc znamionowa koagulacji bipolarnej min.70 W 50 Ω | Tak, opisać |  |
| 7 | Na przednim panelu pokrętło do zmiany wartości mocy 4 gniazda przyłączeniowe: * do kabla elektrody neutralnej,
* wyłącznik nożny,
* gniazdo monopolarne,
* gniazdo bipolarne
 | Tak, opisać |  |
| 8 | Waga max. 4kg | Tak, opisać |  |
| 9 | Zasilanie 220-240 V, 50/60 Hz | Tak, opisać |  |
| 10 | Sygnalizacja wizualna i dźwiękowa aktualnego trybu pracy | Tak, opisać |  |
| 11 | **Wyposażenie** |  |  |
| 12 | Kabel do elektrod neutralnych jednorazowych, dł. 4 m – 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 13 | Elektroda neutralna do użytku dla dorosłych i dla dzieci – (pakiet startowy min. 50 szt.) | Tak, opisać |  |
| 14 | Rękojeść elektrochirurgiczna z 1 przyciskiem, kabel, dł. 4 m, wtyczka współosiowa KOAX duża - 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 15 | Elektroda lancetowa prosta SYN, długość ostrza 25 mm, trzpień 4 mm, 5 szt. | Tak, opisać |  |
| 16 | Włącznik nożny diatermii chirurgicznej bipolarny; pojedynczy - koagulacja, bryzgoszczelny, kabel 5 m | Tak, opisać |  |
| 17 | Pinceta bipolarna, izolowana, szczęki proste, końce tępe 1,2 mm, dł. 20 cm | Tak, opisać |  |
| 18 | Kabel do pincet bipolarnych, dł. 3 m, wtyk symetryczny | Tak, opisać |  |
| 19 | Zestaw elektrod monopolarnych: trzpień 0 4 mm, opakowanie zawierające 5 szt., w składzie: lancetowa, nożowa, igłowa oraz kulkowe: Ø 2 mm i Ø 4 mm - 1 komplet. | Tak, opisać |  |
| 20 | Pinceta bipolarna nieprzywierająca bagnetowa tępa - 230 mm, szer. końcówki 1 mm - 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 21 | Elektroda do konizacji, dł. trzonka 11,5 cm, śr. 3,4 cm., średni kąt, trzpień 4 mm - 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 22 | Elektroda przedłużona do konizacji, izolowana, dł. 110 mm, półpętla drutowa o śr. 15 mm, trzpień 4 mm - 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 23 | Wózek/stojak | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 16 - Histeroskop diagnostyczny -1szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
| 2 | Optyka histeroreskopowa o śr. 2,9 mm, dł. 30 cm i kącie patrzenia 30°, autoklawowalna 134°C, wyposażona w:* układ optyczny z system soczewek wałeczkowych typu Hopkins,
* oznakowanie średnicy kompatybilnego światłowodu w postaci cyfrowej lub graficznej umieszczone obok przyłącza światłowodu,
* oznakowanie kodem QR lub DATA MATRIX,
* przyłącze światłowodowe wyposażone w min. 3 adaptery do światłowodów różnych producentów

1 szt. | Tak, podać |  |
| 3 | Płaszcz histeroskopowy wewnętrzny o owalnym profilu przekroju o rozmiarze nie większym niż 4,3 mm, kompatybilny z płaszczem zewnętrznym i optyką histeroskopową o średnicy 2,9 mm i długości 30 cm, wyposażony w:* kanał dla optyki histeroskopowej z mocowaniem obrotowym,
* kanał roboczy do wprowadzania półsztywnych instrumentów o rozmiarze 5 Fr i podawania płynu płuczącego; wejście kanału roboczego wyposażone w uszczelkę z otworem o średnicy 0,8 mm i rozbieralny kranik,
* oddzielne przyłącze LUER-Lock z rozbieralnym kranikiem do podłączenia drenu z płynem płuczącym.

1 szt. | Tak, opisać |  |
| 4 | Płaszcz histeroskopowy zewnętrzny o owalnym profilu przekroju o rozmiarze nie większym niż 5 mm, kompatybilny z płaszczem wewnętrznym wyposażony w:* oddzielne przyłącze Luer-Lock z rozbieralnym kranikiem do podłączenia drenu do odsysania; koniec dystalny płaszcza wyposażony w boczne otwory umożliwiające odsysanie.

1 szt. | Tak, opisać |  |
| 5 | Kleszcze chwytająco - biopsyjne, półsztywne, dwie bransze ruchome, rozm. 5 Fr., dł. 34 cm. Instrument wyposażony w przyłącze LUER umożliwiające przepłukanie wnętrza instrumentu podczas mycia – 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 6 | Nożyczki ostro zakończone, półsztywne, jedno ostrze ruchoma, rozm. 5 Fr., dł. 34 cm. Instrument wyposażony w przyłącze LUER umożliwiające przepłukanie wnętrza instrumentu podczas mycia – 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 7 | Nożyczki tępo zakończone, półsztywne, jedno ostrze ruchoma, rozm. 5 Fr., dł. 34 cm. Instrument wyposażony w przyłącze LUER umożliwiające przepłukanie wnętrza instrumentu podczas mycia – 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 8 | Elektroda disekcyjna, igłowa, zagięta 90°, bipolarna, półsztywna, rozm. 5 Fr. – 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 9 | Przewód w. cz. do instrumentów bipolarnych, dł. 300 cm - 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 10 | Światłowód, osłona wzmocniona, nieprzeźroczysta, dł. 230 cm, śr. 3,5 mm - 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 11 | Taca z pokrywą do mycia, sterylizacji i przechowywania instrumentów - 1 szt. | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 17 - Laparoskop-1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
| 2 | **Monitor operacyjny - 1 zestaw** |  |  |
| 3 | Przekątna ekran min. 26" | Tak, opisać |  |
| 4 | Rozdzielczość monitora min. 1920 x 1080 pix | Tak, opisać |  |
| 5 | Cyfrowe wejścia wideo min.: 1x DVI- D, 1x 3G-SDI | Tak, opisać |  |
| 6 | Cyfrowe wyjścia wideo min.: 1x DVI- D, 1x 3G-SDI | Tak, opisać |  |
| 7 | Mocowanie VESA 100 | Tak, opisać |  |
| 8 | **Sterownik kamery FULL HD - 1 zestaw** |  |  |
| 9 | Sterownik kamery wyposażony w wyjścia cyfrowe wideo: - 2x DVI-D- 1x 3G-SDIprzysyłające sygnał wideo w rozdzielczości min. 1920 x 1080p, 50Hz/60Hz | Tak, opisać |  |
| 10 | Sterownik kamery wyposażony min. 3 gniazda USB umożliwiające podłączenie urządzeń peryferyjnych takich jak np.: dedykowana drukarka, pamięć PenDrive, pilot przewodowy lub klawiatura | Tak, opisać |  |
| 11 | Min. 1 gniazdo USB umieszczone na panelu przednim sterownika kamery | Tak, opisać |  |
| 12 | Funkcja zapisu zdjęć i filmów w pamięci PenDrive bezpośrednio podłączonej do sterownika kamery, w zestawie pamięć PenDrive o pojemności min. 32 GB | Tak, opisać |  |
| 13 | Zapis filmów w formacie: MPEG4 | Tak, opisać |  |
| 14 | Zapis zdjęć w formacie: JPEG | Tak, opisać |  |
| 15 | Sterownik kamery wyposażony w zintegrowane gniazdo do bezpośredniego podłączenia oferowanego insuflatora CO2 w celu wyświetlania aktualnego ciśnienia i przepływu CO2  insuflatora na ekranie monitora operacyjnego | Tak, opisać |  |
| 16 | Obsługa funkcji sterownika kamery ze sterylnej strefy sali operacyjnej poprzez przyciski głowicy kamery | Tak, opisać |  |
| 17 | Menu i funkcje sterownika kamery wyświetlane na ekranie monitora operacyjnego w postaci graficzno-tekstowej | Tak, opisać |  |
| 18 | Dostęp do funkcji sterownika kamery z "brudnej" strefy sali operacyjnej poprzez zewnętrzną klawiaturę bez konieczności bezpośredniego dostępu do panelu czołowego sterownika kamery, w zestawie klawiatura silikonowa z USB zgodna z MDD 93/42/EWG, stopień ochrony min. IP68 | Tak, opisać |  |
| 19 | Funkcja wprowadzania i zapamiętywania danych pacjenta, min.: imię, nazwisko, data urodzenia, ID.Możliwość zapamiętania danych dla min. 40 pacjentów w pamięci wewnętrznej sterownika kamery | Tak, opisać |  |
| 20 | Funkcja zapisu w pamięci wewnętrznej sterownika profili użytkowników zawierających indywidualną konfigurację menu sterownika kamery. Zapis min. 20 profili użytkowników | Tak, opisać |  |
| 21 | Funkcja importu / eksportu profili użytkowników z / do pamięci PenDrive  | Tak, opisać |  |
| 22 | Funkcja wyświetlania wirtualnej siatki na ekranie monitora operacyjnego do precyzyjnego wskazywania określonego obszaru pola operacyjnego | Tak, opisać |  |
| 23 | Funkcja wyświetlania wirtualnego wskaźnika punktowego na ekranie monitora operacyjnego do precyzyjnego wskazywania określonego punktu pola operacyjnego | Tak, opisać |  |
| 24 | Tryb wizualizacji wykorzystujący cyfrowe odfiltrowanie koloru czerwonego z obrazu wyświetlanego na ekranie monitora operacyjnego w celu poprawy różnicowania struktur tkankowych i unaczynienia  | Tak, opisać |  |
| 25 | Wykorzystanie trybu wizualizacji niezależne od zastosowanego źródła światła | Tak, opisać |  |
| 26 | Funkcja jednoczesnego wyświetlania dwóch obrazów obok siebie na ekranie monitora operacyjnego tj. obrazu rzeczywistego i obrazu z włączonym trybem wizualizacji | Tak, opisać |  |
| 27 | Funkcja automatycznego ustawiania intensywności światła w oferowanym źródle światła LED przez sterownik kamery | Tak, opisać |  |
| 28 | Funkcja manualnego ustawiania poziomu intensywności światła przez użytkownika w oferowanym źródle światła LED bezpośrednio poprzez przyciski głowicy kamery  | Tak, opisać |  |
| 29 | Funkcja wyświetlania poziomu intensywności światła na ekranie monitora operacyjnego | Tak, opisać |  |
| 30 | Funkcja obrotu obrazu o 180° | Tak, opisać |  |
| 31 | Funkcja regulacji jasności, dostępne min. 4 poziomy ustawienia jasności | Tak, opisać |  |
| 32 | Funkcja zoomu cyfrowego, dostępne min. 4 poziomy regulacji zoomu | Tak, opisać |  |
| 33 | Funkcja zmiany ustawień ciśnienia i przepływu insuflacji CO2 w oferowanym insuflatorze bezpośrednio poprzez przyciski głowicy kamery | Tak, opisać |  |
| 34 | Zakres pracy sterownika kamery umożliwiający obrazowanie efektu fluorescencji zieleni indocyjaninowej (ICG) w zakresie bliskiej podczerwieni (NIR) z wykorzystaniem dedykowanej głowicy kamery | Tak, opisać |  |
| 35 | Konstrukcja sterownika kamery otwarta na rozbudowę o możliwość podłączenia dedykowanego wideolaparoskopu 3D | Tak, opisać |  |
| 36 | Konstrukcja sterownika kamery otwarta na rozbudowę o możliwość podłączenia dedykowanego giętkiego wideogastroskopu i wideokolonoskopu z kamerą wbudowaną w sondę wziernikową | Tak, opisać |  |
| 37 | **Głowica kamery FULL HD - 1 szt.** |  |  |
| 38 | Głowica kamery wyposażona w 3 przetworniki obrazowe, kompatybilna z oferowanym sterownikiem kamery | Tak, opisać |  |
| 39 | Praca głowicy kamery w standardzie FULL HD | Tak, opisać |  |
| 40 | Głowica kamery wyposażona w zintegrowany obiektyw ze zmienną ogniskową zapewniającą zoom optyczny min. 2 x, typu Parfocal | Tak, opisać |  |
| 41 | Głowica kamery wyposażona przyciski sterujące funkcjami sterownika kamery  | Tak, opisać |  |
| 42 | Możliwość zaprogramowania funkcji uruchomienia zapisu zdjęcia i filmu wideo (start/stop) pod jednym przyciskiem głowicy kamery | Tak, opisać |  |
| 43 | Możliwość sterylizacji w EtO, STERRAD NX, 100NX, STERIS SYSTEM 1 | Tak, opisać |  |
| 44 | **Źródło światła LED - 1 zestaw** |  |  |
| 45 | Źródło światła wykorzystujące technologię hybrydową łączącą światło LED ze światłem laserowym  | Tak, opisać |  |
| 46 | Temperatura barwowa w zakresie 6000K - 6500K | Tak, opisać |  |
| 47 | Moc wyjściowa światła odpowiadająca źródłu światła ksenon 300W | Tak, opisać |  |
| 48 | Żywotność lampy LED min. 25 000 godzin | Tak, opisać |  |
| 49 | Obsługa źródła światła poprzez kolorowy ekran dotykowy | Tak, opisać |  |
| 50 | Wskaźnik graficzny lub numeryczny, wyświetlany na ekranie dotykowym urządzenia, informujący o poziomie intensywności światła | Tak, opisać |  |
| 51 | Źródło światła wyposażone w zintegrowane gniazdo umożliwiające komunikację z oferowanym sterownikiem kamery w celu sterowania źródłem światła bezpośrednio poprzez przyciski głowicy kamery i wyświetlania poziomu intensywności światła na ekranie monitora operacyjnego | Tak, opisać |  |
| 52 | **Insuflator CO2 – 1 zestaw** |  |  |
| 53 | Obsługa insuflatora poprzez kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 7" | Tak, opisać |  |
| 54 | Insuflator wyposażony w wysokoprzepływowy tryb pracy z regulacją przepływu w zakresie od 1 do min. 40 l/min.  | Tak, opisać |  |
| 55 | Insuflator wyposażony w pediatryczny tryb pracy z regulacją przepływu w zakresie od min. 0,1 do 15 l/min  | Tak, opisać |  |
| 56 | Regulacja ciśnienia w zakresie 1-30 mmHg z ograniczeniem do 15 mmHg w trybie pediatrycznym | Tak, opisać |  |
| 57 | Wskaźniki słupkowy i numeryczny, wyświetlane na ekranie dotykowym urządzenia, informujące podczas insuflacji o ustawionym i aktualnym przepływie CO2 | Tak, opisać |  |
| 58 | Wskaźniki słupkowy i numeryczny, wyświetlane na ekranie dotykowym urządzenia, informujące podczas insuflacji o ustawionym i aktualnym ciśnieniu CO2 | Tak, opisać |  |
| 59 | Wskaźnik numeryczny wyświetlany na ekranie dotykowym urządzenia, informujący podczas insuflacji o ilości podanego CO2 do pacjenta | Tak, opisać |  |
| 60 | Wskaźnik graficzny wyświetlany na ekranie dotykowym urządzenia, informujący podczas insuflacji o ciśnienia/ilości CO2 w butli | Tak, opisać |  |
| 61 | Insuflator wyposażony w zintegrowane gniazdo do bezpośredniego połączenia z oferowanym sterownikiem kamery w celu wyświetlania aktualnego ciśnienia i przepływu CO2 insuflatora na ekranie monitora operacyjnego | Tak, opisać |  |
| 62 | Możliwość przymocowania uchwytu na panelu tylnym insuflatora na rezerwową butlę z CO2 o objętości min. 1 litra | Tak, opisać |  |
| 63 | Trokar laparoskopowy rozm. 11 mm, dł. 10-11 cm, o konstrukcji umożliwiającej wykorzystywanie wysokich przepływów insuflacji CO2, złożony z kaniuli, zaworu oraz gwoździa piramidalnego – 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 64 | Dren insuflacyjny, sterylizowalny - 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 65 | Filtr CO2 - 25 szt. | Tak, opisać |  |
| 66 | Przewód do podłączenia do źródła CO2, dł. min. 100 cm - 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 67 | **Zestaw do odsysania** |  |  |
| 68 | Jednorazowy wkład workowy do odsysania o pojemności 2,5 l, wyposażony - 40 szt. | Tak, opisać |  |
| 69 | Zbiornik na jednorazowe wkłady workowe do odsysania o pojemności 2,5 litra, wielorazowy, wyposażony w podłączenie do próżni - 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 70 | Uchwyt do zamocowania zbiornika do szyny sprzętowej - 5 szt. | Tak, opisać |  |
| 71 | **Pompa ssąco-płucząca - 1 zestaw** |  |  |
| 72 | Pompa ssąco - płucząca przeznaczona do operacji laparoskopowych | Tak, opisać |  |
| 73 | Obsługa i regulacja parametrów pracy pompy poprzez kolorowy ekran dotykowy  | Tak, opisać |  |
| 74 | Funkcja płukania realizowana w oparciu o technologię rolkową / perystaltyczną | Tak, opisać |  |
| 75 | Funkcja odsysania realizowana na zasadzie pompy próżniowej (podciśnieniowej) we współpracy z jednorazowymi wkładami workowymi lub szklanym, wielorazowym słojem do odsysania | Tak, opisać |  |
| 76 | Możliwość wykorzystania pompy do operacji histeroskopowych z automatycznym ograniczeniem zakresów ciśnień i prędkości płukania po zastosowaniu dedykowanego drenu płuczącego | Tak, opisać |  |
| 77 | Maksymalna prędkość płukania podczas laparoskopii min. 1200 ml/min., z możliwością regulacji i ustawiania niższych wartości  | Tak, opisać |  |
| 78 | Maksymalne ciśnienie płukania min. 500 mmHg z możliwością ustawienia niższych wartości | Tak, opisać |  |
| 79 | Maksymalne podciśnienie odsysania min. (- 0,8) bar | Tak, opisać |  |
| 80 | Pompa wyposażona we wskaźniki, wyświetlane na ekranie dotykowym urządzenia, informujące podczas pracy o ustawionej i aktualnej prędkości płukania podczas laparoskopii | Tak, opisać |  |
| 81 | Pompa wyposażona we wskaźniki, wyświetlane na ekranie dotykowym urządzenia, informujące podczas pracy o ustawionym i aktualnym podciśnieniu odsysania podczas laparoskopii | Tak, opisać |  |
| 82 | Pompa wyposażona w animowaną instrukcję zakładania drenów płuczących wyświetlaną na ekranie dotykowym urządzenia | Tak, opisać |  |
| 83 | Pompa wyposażona w zintegrowane gniazdo umożliwiające komunikację z oferowanym sterownikiem kamery w celu wyświetlania aktualne prędkości i ciśnienia płukania na ekranie monitora operacyjnego | Tak, opisać |  |
| 84 | Jednorazowy kompletny dren płuczący do laparoskopii, z dwoma igłami do wkłucia do worka, sterylny - 30 szt. | Tak, opisać |  |
| 85 | Dren ssący sterylizowalny - 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 86 | **Wózek aparaturowy - 1 szt.** |  |  |
| 87 | Podstawa wyposażona w 4 antystatyczne koła z blokadą na min. 2 kołach | Tak, opisać |  |
| 88 | Min. 3 półki oraz 1 szuflada zamykana na kluczyk | Tak, opisać |  |
| 89 | Wysięgnik do zamocowania monitora | Tak, opisać |  |
| 90 | Ramię boczne do zamocowania monitora | Tak, opisać |  |
| 91 | Podstawka pod butlę CO2 | Tak, opisać |  |
| 92 | Wysięgnik na płyny | Tak, opisać |  |
| 93 | **Monitor dla asysty min. 26" - 1 szt.** | Tak, opisać |  |
| 94 | **Instrumentarium laparoskopowe** |  |  |
| 95 | Optyka laparoskopowa 0°, średnica 10 mm, długość 31-32 cm, autoklawowalna - 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 96 | Optyka laparoskopowa 30°, średnica 10 mm, długość 31-32 cm, autoklawowalna - 1 szt.  | Tak, opisać |  |
| 97 | Kosz do mycia, sterylizacji i przechowywania optyki - 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 98 | Światłowód, osłona wzmocniona, nieprzeźroczysta, dł. 250 cm, śr. 4,8 mm - 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 99 | Trokar kompletny - śr. kaniuli 5 - 6 mm, dł. robocza 10-11 cm - komplet (kaniula gładka, ścięta z przyłączem LUER-Lock i kranikiem do podłączenia insuflacji; zawór kaniuli trokara, z klapą otwieraną pod naporem instrumentu; gwóźdź piramidalny) – 4 szt. | Tak, opisać |  |
| 100 | Trokar kompletny - śr. kaniuli 10 - 11 mm, dł. robocza 10-11 cm - komplet (kaniula gładka, ścięta z przyłączem LUER-Lock i kranikiem do podłączenia insuflacji; zawór kaniuli trokara z klapą otwieraną pod naporem instrumentu i ręcznie przy pomocy dedykowanej dźwigni; gwóźdź piramidalny) – 4 szt. | Tak, opisać |  |
| 101 | Nasadka redukcyjna, 11 / 5 mm, mocowana do zaworu trokara – 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 102 | Kleszcze preparacyjno – chwytające typu Kelly, bransze długie, obie ruchome; monopolarne, obrotowe, rozbieralne, komplet: tubus izolowany z przyłączem do przepłukiwania, uchwyt plastikowy bez zapinki, wkład roboczy; śr. 5 mm, dł. 36 cm – 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 103 | Kleszcze chwytające, bransze ząbkowane, okienkowe, obie ruchome, atraumatyczne; monopolarne, obrotowe, rozbieralne, komplet: tubus izolowany z przyłączem do przepłukiwania, uchwyt plastikowy z zapinką z możliwością otwarcia na stałe i pracy bez zapinki, wkład roboczy; śr. 5 mm, dł. 36 cm – 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 104 | Kleszcze preparacyjno – chwytające, bransze atraumatyczne, obie ruchome; monopolarne, obrotowe, rozbieralne, komplet: tubus izolowany z przyłączem do przepłukiwania , uchwyt plastikowy z zapinką, wkład roboczy; śr. 5 mm, dł. 36 cm – 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 105 | Kleszcze chwytające, bransze okienkowe, obie ruchome, z drobnym atraumatycznym ząbkowaniem; bipolarne, obrotowe, rozbieralne, komplet: tubus izolowany z przyłączem do przepłukiwania, uchwyt plastikowy, wkład roboczy; śr. 5 mm, dł. 36 cm – 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 106 | Nożyczki, ostrza zakrzywione, ząbkowane, oba ruchome; monopolarne, obrotowe, rozbieralne, komplet: tubus izolowany z przyłączem do przepłukiwania, uchwyt plastikowy z przyłączem w. cz., wkład roboczy; śr. 5 mm, dł. 36 cm – 2 szt. | Tak, opisać |  |
|  | Elektroda koagulacyjno- preparacyjna, haczykowa, kształt L, monopolarna, śr. 5 mm, dł. 36 cm – 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 107 | Rurka ssąco-płucząca z bocznymi otworami i zaworem dwudrożnym, śr. 5 mm, dł. 36 cm – 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 108 | Przewód w. cz. do instrumentów monopolarnych, dł. 300 cm – 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 109 | Przewód w. cz. do instrumentów bipolarnych, dł. 300 cm - 2 szt. | Tak, opisać |  |
| 110 | Kontener plastikowy do sterylizacji i przechowywania instrumentów laparoskopowych, wyposażony w wyjmowaną podstawkę instrumentową z uchwytami silikonowymi dla min. 11 instrumentów o śr. 2,5 - 10 mm oraz mały pojemnik na drobne akcesoria; pokrywa kontenera perforowana, przeźroczysta, dno kontenera perforowane, wyłożone matą typu „jeż”, wymiary zewnętrzne [szer. x gł. x wys.] - 532 x 254 x 165 mm [± 5 mm] – 2 szt. | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 18 - Kardiomonitor-1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Kardiomonitor stacjonarno-przenośny o masie nie większej 4 kg | Tak, opisać |  |
| 3 | Kardiomonitor wyposażony w uchwyt służący do przenoszenia oraz w kieszeń na akcesoria. | Tak, opisać |  |
| 4 | Kardiomonitor kolorowy z ekranem LCD z podświetleniem LED, o przekątnej ekranu nie mniejszej niż 12’’, rozdzielczości co najmniej 800x600 pikseli. | Tak, opisać |  |
| 5 | Jednoczesna prezentacja na ekranie co najmniej pięciu różnych krzywych dynamicznych. | Tak, opisać |  |
| 6 | Trendy wszystkich mierzonych parametrów: co najmniej 100-godzinne z rozdzielczością nie gorszą niż 1 minuta i co najmniej 1000 godzin z rozdzielczością nie gorszą niż 10 minut. | Tak, opisać |  |
| 7 | Zapamiętywanie zdarzeń alarmowych oraz zdarzeń wpisanych przez użytkownika - pamięć co najmniej 500 zestawów odcinków krzywych i wartości parametrów | Tak, opisać |  |
| 8 | Kategoria wiekowa pacjentów: dorośli | Tak, opisać |  |
| 9 | Pomiar i monitorowanie co najmniej następujących parametrów:* EKG;
* odchylenie odcinka ST;
* liczba oddechów (RESP);
* saturacja (SpO2);
* ciśnienie krwi, mierzone metodą nieinwazyjną (NIBP); temperatura (T1,T2,TD).
 | Tak, opisać |  |
| 10 | Zakres częstości rytmu serca: minimum 15+300 bpm | Tak, opisać |  |
| 11 | Dokładność pomiaru częstości rytmu: nie gorsza niż+/-1%. | Tak, opisać |  |
| 12 | Prędkości kreślenia co najmniej do wyboru: 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25 mm/s; 50 mm/s. | Tak, opisać |  |
| 13 | Detekcja stymulatora z graficznym zaznaczeniem na krzywej EKG. | Tak, opisać |  |
| 14 | Czułość: co najmniej 0,125 cm/mV; 0,25 cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 2 cm/mV; 4,0 cm/mV; auto. | Tak, opisać |  |
| 15 | Analiza odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach jednocześnie w zakresie od -2,0 do +2,0 mV.Możliwość ustawienia jednostki pomiarowej mm. | Tak, opisać |  |
| 16 | Prezentacja zmian odchylenia ST w postaci wzorcowych odcinków ST z nanoszonymi na nie bieżącymi odcinkami lub w formie wykresów kołowych | Tak, opisać |  |
| 17 | Monitorowanie odcinka QT | Tak, opisać |  |
| 18 | Analiza zaburzeń rytmu (co najmniej 23), z rozpoznawaniem co najmniej następujących zaburzeń:* bradykardia
* tachykardia
* asystolia
* tachykardia komorowa
* migotanie komór
* migotanie przedsionków
* stymulator nie przechwytuje
* stymulator nie generuje impulsów
 | Tak, opisać |  |
| 19 | Salwa komorowa PVC/min wysokie | Tak, opisać |  |
| 20 | Pomiar oddechów (RESP). | Tak, opisać |  |
| 21 | Zakres pomiaru: minimum 5-120 oddechów/min | Tak, opisać |  |
| 22 | Dokładność pomiaru: nie gorsza niż ±2 oddechy/min | Tak, opisać |  |
| 23 | Prędkość kreślenia: co najmniej 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25mm/s, 50 mm/s. | Tak, opisać |  |
| 24 | Możliwość wyboru odprowadzeń do monitorowania respiracji | Tak, opisać |  |
| 25 | Pomiar saturacji (SpO2). | Tak, opisać |  |
| 26 | Zakres pomiaru saturacji: 0-100% | Tak, opisać |  |
| 27 | Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 20-300/min. | Tak, opisać |  |
| 28 | Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70-100%: nie gorsza niż ±3%. | Tak, opisać |  |
| 29 | Funkcja pozwalająca na jednoczesny pomiar SpO2 i nieinwazyjnego ciśnienia bez wywoływania alarmu SpO2 w momencie pompowania mankietu na kończynie na której założony jest czujnik | Tak, opisać |  |
| 30 | Alarm desaturacji | Tak, opisać |  |
| 31 | Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną (NIBP). | Tak, opisać |  |
| 32 | Oscylometryczna metoda pomiaru. | Tak, opisać |  |
| 33 | Zakres pomiaru ciśnienia: co najmniej 15-270 mmHg. | Tak, opisać |  |
| 34 | Zakres pomiaru pulsu wraz z NIBP: co najmniej 40-H240 bpm. | Tak, opisać |  |
| 35 | Dokładność pomiaru: nie gorsza niż ±5mmHg. | Tak, opisać |  |
| 36 | Tryb pomiaru:* AUTO,
* ręczny.
 | Tak, opisać |  |
| 37 | Zakres programowania interwałów w trybie AUTO: * co najmniej 1-480 minut.
 | Tak, opisać |  |
| 38 | Możliwość wstępnego ustawienia ciśnienia w mankiecie | Tak, opisać |  |
| 39 | Pomiar temperatury | Tak, opisać |  |
| 40 | Zakres pomiarowy: co najmniej 25-42°C. | Tak, opisać |  |
| 41 | Dokładność pomiaru: nie gorsza niż ±0,1°C.  | Tak, opisać |  |
| 42 | Jednoczesne wyświetlanie co najmniej trzech wartości: 2 temperatury ciała i temperatura różnicowa | Tak, opisać |  |
| 43 | Obsługa kardiomonitora przy pomocy, pokrętła, przycisków oraz poprzez ekran dotykowy. | Tak, opisać |  |
| 44 | 3-stopniowy system alarmów monitorowanych parametrów. | Tak, opisać |  |
| 45 | Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów. | Tak, opisać |  |
| 46 | Możliwość zawieszenia stałego lub czasowego alarmów. | Tak, opisać |  |
| 47 | Wybór czasowego zawieszenia alarmów - co najmniej 5 czasów do wyboru. | Tak, opisać |  |
| 48 | Ustawianie różnych poziomów alarmowania dla poszczególnych parametrów. | Tak, opisać |  |
| 49 | Ustawianie głośności sygnalizacji alarmowej (co najmniej 10 poziomów do wyboru) oraz wzorca dźwiękowej sygnalizacji (co najmniej 3 wzorce do wyboru) | Tak, opisać |  |
| 50 | Ręczne i automatyczne (na żądanie obsługi) ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta. | Tak, opisać |  |
| 51 | Funkcja analizy zmian częstości akcji serca z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach HR: * średniej,
* średniej za dnia,
* średniej w nocy,
* maksymalnej,
* minimalnej oraz prawidłowej (w granicach ustawionych alarmów).
 | Tak, opisać |  |
| 52 | Funkcja analizy NIBP z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach ciśnienia: średniej, * średniej za dnia,
* średniej w nocy,
* maksymalnej,
* minimalnej oraz prawidłowej (w granicach ustawionych alarmów).
 | Tak, opisać |  |
| 53 | Zasilanie kardiomonitora z sieci elektroenergetycznej 230V AC 50Hz i akumulatora, wbudowanego w kardiomonitor. | Tak, opisać |  |
| 54 | Czas pracy kardiomonitora, zasilanego z akumulatora (przy braku napięcia elektroenergetycznej sieci zasilającej, pomiar NIBP co 15 min): nie krótszy niż 4 godziny. | Tak, opisać |  |
| 55 | Czas ładowania akumulatora: nie dłuższy niż 6 godzin. | Tak, opisać |  |
| 56 | Graficzny wskaźnik stanu naładowania akumulatora. | Tak, opisać |  |
| 57 | Kardiomonitor przystosowany do pracy w sieci. | Tak, opisać |  |
| 58 | Interfejs i oprogramowanie sieciowe, umożliwiające pracę kardiomonitora w sieci przewodowej z centralą monitorującą. | Tak, opisać |  |
| 59 | Funkcja podglądu danych z innych monitorów podłączonych do sieci bez stacji centralnego nadzoru | Tak, opisać |  |
| 60 | Funkcja informowania o alarmach pojawiających się na innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci. | Tak, opisać |  |
| 61 | Funkcja zdalnego wyciszania alarmów w innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci | Tak, opisać |  |
| 62 | Monitor przystosowany do eksportu danych do standardowego komputera osobistego niepełniącego jednocześnie funkcji centrali (na wyposażeniu kardiomonitora oprogramowanie do archiwizacji danych na PC). | Tak, opisać |  |
| 63 | Kardiomonitor przystosowany do pracy w sieci z centralą pielęgniarską gotową do współpracy z systemami monitorowania wyposażonymi w zaawansowane moduły pomiarowe takie jak:* BIS;
* NMT;
* EEG
 | Tak, opisać |  |
| 64 | Port USB | Tak, opisać |  |
| 65 | Możliwość podłączenia ekranu referencyjnego | Tak, opisać |  |
| 66 | Chłodzenie pasywne | Tak, opisać |  |
| 67 | Monitor wyposażony w statyw jezdny lub uchwyt do ściany - do wyboru na etapie dostawy | Tak, opisać |  |
| 68 | Monitor zabezpieczony przed zalaniem wodą - stopień ochrony co najmniej IPX1 | Tak, opisać |  |
| 69 | **Wyposażenie kardiomonitora w akcesoria pomiarowe** |  |  |
| 70 | Kabel EKG 3-odprowadzeniowy | Tak, opisać |  |
| 71 | Przewód łączący do mankietów do pomiaru NIBP | Tak, opisać |  |
| 72 | Mankiet do pomiaru NIBP dla dorosłych - 3 rozmiary | Tak, opisać |  |
| 73 | Czujnik SpO2 na palec dla dorosłych | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 19 – KTG -1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Przetwornik ultradźwiękowy 1 MHz, wodoszczelny – 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 3 | Zakres odczytu dla przetwornika ultradźwiękowego – min. 30-240 bpm | Tak, opisać |  |
| 4 | Natężenie fali ultradźwiękowej dla przetwornika ≤ 1 mW/cm² | Tak, opisać |  |
| 5 | Możliwość rozbudowy o monitorowanie ciąży bliźniaczej | Tak, opisać |  |
| 6 | Możliwość rozbudowy o monitorowanie ciąży trojaczej | Tak, opisać |  |
| 7 | Możliwość wyposażenia w czujnik saturacji krwi rodzącej na palec  | Tak, opisać |  |
| 8 | Możliwość wyposażenia w funkcje monitorowania ciśnienia tętniczego krwi rodzącej | Tak, opisać |  |
| 9 | Możliwość rozbudowy o pomiar ciśnienia wewnątrzmacicznego z wykorzystaniem jednorazowego czujnika | Tak, opisać |  |
| 10 | Możliwość rozbudowy o elektrokardiografie płodu FECG |  |  |
| 11 | Możliwość rozbudowy o elektrokardiografie matki MECG | Tak, opisać |  |
| 12 | Dokładność obliczania częstości pracy serca płodu ± 0,25bpm w całym zakresie pomiarowym | Tak, opisać |  |
| 13 | Zewnętrzny przetwornik Toco, wodoszczelny – 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 14 | Funkcja ręcznego i automatycznego zerowania Toco | Tak, opisać |  |
| 15 | Aparat posiada możliwość ustawienia bazowej Toco „0”, „10”, „20” | Tak, opisać |  |
| 16 | Możliwość zamocowania przetworników na uchwytach przy aparacie | Tak, opisać |  |
| 17 | Znacznik zdarzeń dla pacjentki | Tak, opisać |  |
| 18 | Funkcja automatycznego wykrywania ruchów płodu i wydruk wykresu aktywności ruchowej płodu | Tak, opisać |  |
| 19 | Znacznik zdarzeń dla personelu z możliwością wyboru opcji wbudowanych | Tak, opisać |  |
| 20 | Alarmy utraty sygnału, wysokiego i niskiego tętna płodu; granice alarmów definiowalne przez użytkownika  | Tak, opisać |  |
| 21 | Licznik czasu badania NST | Tak, opisać |  |
| 22 | 3-stopniowy wskaźnik jakości odbieranego sygnału | Tak, opisać |  |
| 23 | Możliwość wprowadzenia do pamięci aparatu daty i czasu oraz danych użytkownika, szpitala, przychodni. | Tak, opisać |  |
| 24 | Rozbudowana baza danych zapisów KTG wraz z kalkulatorem ciąży, danymi pacjentki, ciąży, badania KTG | Tak, opisać |  |
| 25 | Pojedyncza, możliwa do zapamiętania sesja zapisu KTG nie krótsza niż 90 godzin | Tak, opisać |  |
| 26 | Wbudowana drukarka termiczna o wysokiej rozdzielczości z możliwością wydruku na papierze gładkim i wstępnie zadrukowanym | Tak, opisać |  |
| 27 | W aparat KTG wbudowane dwie analizy z interpretacją: przedporodowa  oraz śródporodowa stosowana podczas rozpoczętej akcji porodowej | Tak, opisać |  |
| 28 | Wbudowana automatyczna komputerowa kliniczna analiza przedporodowa monitorowanych danych z wydrukiem raportu | Tak, opisać |  |
| 29 | Analizowanie przynajmniej 14 parametrów zapisu KTG (min. STV, LTV, wyznaczanie linii bazowej, oznaczanie obszarów wysokiej i niskiej zmienności) | Tak, opisać |  |
| 30 | Aparatu wyposażony w podświetlenie drukarki. (umożliwia ocenę wydruku w zaciemnionym pomieszczeniu np. w nocy) | Tak, opisać |  |
| 31 | Drukarka umożliwia zapis ciąży mnogiej na tym samym wykresie, z przesunięciem o 20 bpm lub na osobnych skalach (dotyczy papieru bez podziałki)  | Tak, opisać |  |
| 32 | Dotykowy wyświetlacz LCD o przekątnej min. 8”, umożliwiający podgląd monitorowanych parametrów w formie cyfrowej i graficznej. | Tak, opisać |  |
| 33 | Wyświetlacz LCD ze zmiennym tłem i podświetleniem – w zależności od potrzeb | Tak, opisać |  |
| 34 | Obsługa aparatu wyłącznie przez ekran dotykowy | Tak, opisać |  |
| 35 | Możliwość obsługi ekranu dotykowego w rękawiczkach  | Tak, opisać |  |
| 36 | Brak fizycznych przycisków na obudowie – zapewnia dokładną dezynfekcję i utrzymanie w czystości | Tak, opisać |  |
| 37 | **Współpraca z cyfrowymi systemami centralnego monitorowania oraz oprogramowaniem komputerowym** | Tak, opisać |  |
| 38 | Możliwość współpracy z telemetrią | Tak, opisać |  |
| 39 | Aparat wyposażony w wewnętrzną pamięć z możliwością rozbudowy pojemności | Tak, opisać |  |
| 40 | Aparat wyposażony w min. 2 porty USB umożliwiające archiwizowanie zapamiętanych badań na pamięć zewnętrzną. | Tak, opisać |  |
| 41 | Możliwość podłączenia fizycznej klawiatury | Tak, opisać |  |
| 42 | Aparat wyposażony w co najmniej jeden port RS232 i min. jeden port LAN  | Tak, opisać |  |
| 43 | Aparat wyposażony w kliniczna przedporodową komputerową analizę zapisu KTG z zawansowaną interpretacją  | Tak, opisać |  |
| 44 | Waga nie więcej niż 6 kg | Tak, opisać |  |
| 45 | Wymiary 32 x 23 x 24cm (±5cm) | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 20 – Diatermia –1szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2019 |  |  |
|  | Aparat mono- i bipolarny wyposażony w funkcję zamykania naczyń o średnicy do 7 [mm] z automatycznym dopasowaniem mocy wyjściowej do właściwości fizykochemicznych tkanek | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość utworzenia min. 80 różnych konfiguracji nastaw (programów) i zapisania ich pod nazwą zabiegu lub nazwiskiem lekarza | Tak, opisać |  |
|  | Aparat o wymiarach max 400x180x430 mm ± 10 mm | Tak, opisać |  |
|  | Waga aparatu max 10 kg | Tak, opisać |  |
|  | Wielokolorowy wyświetlacz obrazujący parametry urządzenia, służący do komunikacji między aparatem a użytkownikiem | Tak, opisać |  |
|  | Zmiana nastaw i parametrów za pomocą ekranu dotykowego | Tak, opisać |  |
|  | Odporność urządzenia na impuls defibrylacji | Tak, opisać |  |
|  | Układ monitorowania jakości przylegania elektrody neutralnej z graficznym lub cyfrowym wskaźnikiem stopnia przylegania elektrody | Tak, opisać |  |
|  | Wykrywanie nieprawidłowej pracy, sygnalizacja wizualna i dźwiękowa w połączeniu z wyświetlaniem komunikatów zapisanych w języku polskim | Tak, opisać |  |
|  | Minimalna liczba i rodzaj gniazd przyłączeniowych: * monopolarne - 2 [szt.],
* bipolarne - 2 [szt.],
* elektrody neutralnej - 1 [szt.].
 | Tak, opisać |  |
|  | Min. 3 rodzaje prądów koagulacji w osłonie argonu w tym prąd ENDO | Tak, opisać |  |
|  | Aparat umożliwia bezpośrednie podłączenie narzędzi monopolarnych w systemie wtyczek jednopinowym oraz trzypinowym | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość uruchamiania funkcji monopolarnych i bipolarnych przy użyciu jednego włącznika nożnego | Tak, opisać |  |
|  | Max. moc znamionowa cięcia monopolarnego min 320W | Tak, opisać |  |
|  | Minimum 5 rodzajów cięcia monopolarnego, w tym: papilektomia i polypektomia. | Tak, opisać |  |
|  | Aktywacja funkcji cięcia monopolarnego przez włącznik nożny i przycisk na uchwycie | Tak, opisać |  |
|  | Max. moc znamionowa koagulacji monopolarnej min. 230W | Tak, opisać |  |
|  | Minimum 3 rodzaje koagulacji monopolarnej w tym natryskowa | Tak, opisać |  |
|  | Aktywacja funkcji koagulacji monopolarnej przez włącznik nożny i/lub przycisk na uchwycie |  |  |
|  | Możliwość równoległej koagulacji przez dwóch operatorów | Tak, opisać |  |
|  | Max. moc znamionowa cięcia bipolarnego min. 100W | Tak, opisać |  |
|  | Max. moc znamionowa koagulacji bipolarnej min. 100W | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość aktywacji pęset bipolarnych w trybie mikro z regulacją mocy koagulacji 0,1[W] -50 [W] | Tak, opisać |  |
|  | Aktywacja funkcji bipolarnej przez włącznik nożny i dodatkowo dla pincet bipolarnych za pomocą funkcji „autostart” | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość regulacji czasu zwłoki początku koagulacji funkcji „autostart” | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja automatycznego zakończenia koagulacji, nie dopuszczająca do przesuszenia tkanek (auto-stop) | Tak, opisać |  |
|  | Moduł do preparowania i zamykania dużych naczyń do 7 [mm] w cyklu automatycznym, tzn. dozowanie prądu w zależności od tkanki i użytego narzędzia. Zakończenie procesu sygnalizowane dźwiękowo, prąd jest wyłączany. Brak możliwości ręcznego ustawiania parametru mocy w tym programie | Tak, opisać |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie narzędzi do zamykania naczyń, z jednoczesnym automatycznym ustawieniem parametrów pracy. | Tak, opisać |  |
|  | Narzędzia współpracujące z modułem do zamykania naczyń do 7 mm posiadające przewód zintegrowany z narzędziem i wtyczką | Tak, opisać |  |
|  | **Wyposażenie** |  |  |
|  | Rękojeść elektrochirurgiczna z dwoma przyciskami, kabel 4 m – 2 szt. | Tak, opisać |  |
|  | Kabel do pincet bipolarnych, dł. 5 m, wtyk symetryczny - 1 szt. | Tak, opisać |  |
|  | Wielorazowy klem do zamykania naczyń do 7 mm (za wyjątkiem nożyka) z jednoczesnym cięciem:* z rozpoznawaniem narzędzi,
* z automatycznym doborem właściwego programu do zamykania naczyń z nierozłącznym kablem;
* aktywacja prądu z klemu i wyłącznika nożnego
* na min. 50 zabiegów,
* długość 190 [mm] ± 10 [mm]
* końcówka robocza zagięta o długości min. 17 mm
* czyścik końcówki roboczej (w zestawie)
* narzędzie tego samego producenta co aparat elektrochirurgiczny.

1 komplet. | Tak, opisać |  |
|  | Wielorazowy instrument do zamykania naczyń do 7 mm (za wyjątkiem nożyka) z jednoczesnym cięciem:* z rozpoznawaniem narzędzi,
* z automatycznym doborem właściwego programu do zamykania naczyń z nierozłącznym kablem;
* możliwość aktywacji prądu przyciskiem umieszczonym na rączce i włącznikiem nożnym,
* długość 370 [mm] ± 10 [mm],
* średnica trzonu 5 [mm],
* na min. 50 zabiegów,
* trzon obracany o 360°,
* adapter do przepłukiwania (w zestawie)
* czyścik końcówki roboczej (w zestawie)
* końcówka robocza prosta o szerokości końca min. 3 mm i długości min. 20 mm
* narzędzie tego samego producenta co aparat elektrochirurgiczny.

1 komplet. | Tak, opisać |  |
|  | Jednorazowe, wymienne ostrze/nożyk do wielorazowego klemu do zamykania naczyń z poz. 35 – pakiet uruchomieniowy [10 szt.] | Tak, opisać |  |
|  | Jednorazowe, wymienne ostrze/nożyk do wielorazowego instrumentu o śr. 5 mm do zamykania naczyń w laparoskopii z pozycji 36 – pakiet uruchomieniowy [10 szt.] | Tak, opisać |  |
|  | Wózek pod aparat elektrochirurgiczny - 1 szt. | Tak, opisać |  |
|  | Włącznik nożny, podwójny CIĘCIE- KOAGULACJA oznaczone dwoma różnymi kolorami, kabel dł. 5 m - 1 szt. | Tak, opisać |  |
|  | Kabel elektrody neutralnej, dł. 4 m - 1 szt. | Tak, opisać |  |
|  | Elektroda neutralna jednorazowego użytku dla dorosłych i dla dzieci – pakiet uruchomieniowy [50 szt.] | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 21 -** **System nadzoru okołoporodowego z wyposażeniem - 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | System fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
| 2 | Oprogramowanie w języku polskim | Tak, opisać |  |
| 3 | Możliwość monitorowania jednocześnie min. 4 łóżek | Tak, opisać |  |
| 4 | Graficzny obraz badań KTG | Tak, opisać |  |
| 5 | Komputerowa analiza i interpretacja przedporodowego zapisu KTG. Interpretacja w odniesieniu do innych klinicznie potwierdzonych zapisów KTG. | Tak, opisać |  |
| 6 | Graficzne przedstawienie w analizie: zmienności długo i krótkoterminowe, podstawowa akcja serca płodu, akceleracje i deceleracje, rozróżnianie deceleracji ze względu na ich „głębokość”, ruchy płodu, utrata sygnału, skurcze macicy | Tak, opisać |  |
| 7 | Możliwość adnotacji wykresu KTG w czasie rzeczywistym i po zakończeniu badania | Tak, opisać |  |
| 8 | Automatyczne tworzenie wykresów trendów dla wartości: STV, ruchów płodu, podstawowej akcji serca płodu po wykonaniu kilku badań KTG tej samej pacjentce | Tak, opisać |  |
| 9 | Podgląd badań w czasie rzeczywistym | Tak, opisać |  |
| 10 | Automatyczny zapis badania do pamięci, bez konieczności dodatkowego potwierdzania w systemie komputerowym | Tak, opisać |  |
| 11 | Zredukowany czas badania do 10 min | Tak, opisać |  |
| 12 | Widok „wielołóżkowy”. Możliwość zdefiniowania liczby monitorowanych zapisów KTG na jednym ekranie | Tak, opisać |  |
| 13 | Tworzenie szczegółowej bazy pacjentek. Możliwość dodawania adnotacji. | Tak, opisać |  |
| 14 | Alarmowanie o wykrytych nieprawidłowościach na bieżąco i po wykonaniu analizy | Tak, opisać |  |
| 15 | Alarmy tachykardii i bradykardii sygnalizowane graficznie oraz dźwiękowo z możliwością ustawienia progów | Tak, opisać |  |
| 16 | Alarm o braku kontaktu przetwornika KTG | Tak, opisać |  |
| 17 | Pełna archiwizacja zapisów badań z możliwością powtórnego odtworzenia i wydruku | Tak, opisać |  |
| 18 | Możliwość wydruku wykresu oraz raportu analizy na drukarce komputerowej | Tak, opisać |  |
| 19 | Monitorowanie ciąży bliźniaczej z możliwością wyboru tryby wyświetlania krzywych (na jednym/dwóch wykresach) | Tak, opisać |  |
| 20 | Możliwość sczytania, wydruku, oraz archiwizacji zapisów badań zapamiętanych w aparatach KTG | Tak, opisać |  |
| 21 | Możliwość stworzenia profili użytkownika z pełnymi lub ograniczonymi uprawnieniami | Tak, opisać |  |
| 22 | Pełna kompatybilność z aparatami KTG produkowanymi w UE | Tak, opisać |  |
| 23 | Współpraca z aparatami produkowanymi w UE bez konieczności stosowania dodatkowych modułów (przystawek | Tak, opisać |  |
| 24 | Aparaty KTG połączone z systemem za pomocą interface’ów bezprzewodowych | Tak, opisać |  |
| 25 | * Komputer PC z monitorem i drukarką przystosowany do systemu.Parametry minimum: procesor min 3,0GB,cache min 4MB, liczba rdzeni , dysk twardy min.500GB, pamięć RAM 4GB, system operacyjny  system operacyjny: Windows 7 Professional (X64) lub Windows 8 Professional (X64) lub Windows 10 Professional (X64) (System informatyczny szpitala ,działa tylko na systemie z rodziny Microsoft Windows)monitor LCD o przekątnej min. 23”, drukarka laserowa kolorowa
 | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 22 -** **Stół operacyjny - 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
|  | Stół operacyjny mobilny na podstawie jezdnej z min. 4 podwójnymi kołami | Tak, opisać |  |
|  | Koła o średnicy min. 125 mm  | Tak, opisać |  |
|  | Stół z dodatkowym aktywowanym piątym kołem kierunkowym lub z napędem własnym | Tak, opisać |  |
|  | Wymiary stołu: długość min. 196 cm, szerokość z szynami bocznymi: min. 58 cm | Tak, opisać |  |
|  | Kolumna stołu teleskopowa pokryta panelami ze stali nierdzewnej. Dopuszcza się częściowy fartuch gumowy. | Tak, opisać |  |
|  | Konstrukcja blatu modułowa pozwalająca na dobór odpowiedniej konfiguracji i długości blatu w zależności od rodzaju zabiegu | Tak, opisać |  |
|  | Stół blokowany za pomocą centralnego hamulca kół znajdującego się po obu stronach stołu osi długiej . | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość zamiany miejscami segmentu plecowego z nożnym | Tak, opisać |  |
|  | Poszczególne elementy blatów łączone na zasadzie gniazda wpustowego (np. szybkozłączka, hak, zatrzask, gniazdo-czop), bez dodatkowych manipulacji w innych płaszczyznach oraz bez użycia narzędzi i pokręteł (jedno kliknięcie/osadzenie powinno stanowić bezpieczne połączenie elementów) | Tak, opisać |  |
|  | Pilot bezprzewodowy ze wskaźnikiem naładowania akumulatorów stołu i pilota | Tak, opisać |  |
|  | Ładowanie pilota bezprzewodowego w zewnętrznej ładowarce | Tak, opisać |  |
|  | Pilot wyposażony w przyciski oznaczone czytelnymi, podświetlanymi piktogramami ułatwiającymi pracę w zacienionej sali operacyjnej | Tak, opisać |  |
|  | Blat stołu przezierny dla promieniowania RTG -przystosowany do monitorowania ramieniem C. Brak umiejscowienia poprzeczek wzmacniających mogących przesłaniać obraz RTG, dopuszcza się częściową nie przezierność segmentu przedłużenia pleców. | Tak, opisać |  |
|  | Blat stołu dzielony na min. 4 segmentów:* podgłówek - odłączony, z możliwością podwójnej regulacji kąta ustawienia głowy,
* segment plecowy,
* siedzisko z wycięciem ginekologicznym,
* segment nożny dzielony.
 | Tak, opisać |  |
|  | Sekcja nóg 2-dzielna z możliwością odwiedzenia na boki całego podnóżka w zakresie min. 120° | Tak, opisać |  |
|  | Zakres mechanicznej regulacji segmentów nóg wspomaganej sprężyną gazową min. -90°/+10° | Tak, opisać |  |
|  | Podgłówek regulowany manualnie w dwóch płaszczyznach za pomocą dźwigni odpowiadających za poszczególne osie/płaszczyzny. Zakres regulacji podgłówka w zakresie min. -45°/+25° | Tak, opisać |  |
|  | Sterowana za pomocą pilota regulacja elektrohydrauliczna następujących ruchów (wg zakresów podanych w poniżej wyspecyfikowanych punktach):* wysokość blatu,
* regulacja pozycji Trendelenburga/anty-Trenedelenburga,
* regulacja przechyłów bocznych,
* regulacja płyty plecowej,
* pozycja „0" za pomocą jednego przycisku,
* pozycja flex/reflex,
* przełączenie trybów: pozycja normalna/odwrócona.
 | Tak, opisać |  |
|  | Powrót blatu do pozycji wyjściowej (pozycja „0") po naciśnięciu i przytrzymaniu jednego przycisku na pilocie | Tak, opisać |  |
|  | Funkcje ustawienia blatu stołu do pozycji „flex" i „reflex" realizowane za pomocą jednego przycisku lub po wybraniu tej funkcji na pilocie | Tak, opisać |  |
|  | Regulacja wysokości w zakresie min. od 62 do 110 cm | Tak, opisać |  |
|  | Regulacja nachylenia wzdłużnego (pozycja Trendelenburga, anty-Trendelenburga) w zakresie min. -30° do +30° | Tak, opisać |  |
|  | Regulacje nachyleń bocznych w zakresie min. 20° w obie strony. | Tak, opisać |  |
|  | Regulacja nachylenia płyty plecowej w zakresie min. -40°, +70° | Tak, opisać |  |
|  | Sygnalizacja braku blokady kół przed próbą zmiany ustawień stołu, który nie został wcześniej unieruchomiony | Tak, opisać |  |
|  | Czujnik antykolizyjny w kolumnie stołu zabezpieczający przed uszkodzeniem obudowy kolumny w przypadku kolizji z przedmiotami lub elementami wyposażenia znajdującymi się na pokrywie podstawy stołu podczas opuszczania blatu stołu. Czujnik powinien powodować zatrzymanie ruchu stołu w dół w przypadku napotkania przeszkody. | Tak, opisać |  |
|  | Ostrzeżenie o możliwości wystąpienia kolizji: wizualne (na ekranie pilota sterującego), akustyczne - za pomocą sygnału ostrzegawczego i dotykowe - poprzez alarm wibracyjny pilota sterującego. | Tak, opisać |  |
|  | Materace przeciwodleżynowe, demontowalne, odporne na środki dezynfekcyjne, zespalane bezszwową metodą, o grubości min. 60 mm | Tak, opisać |  |
|  | Materac z funkcja pamięci kształtu | Tak, opisać |  |
|  | Mocowanie materacy do stołu przy pomocy samoprzylepnych pasków żelowych | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość awaryjnej regulacji przechyłów bocznych i wzdłużnych blatu, sekcji pleców oraz wysokości stołu w przypadku awarii głównej pompy elektrycznej lub rozładowania głównego akumulatora za pomocą nożnej pompy hydraulicznej z jednoczesnym wyborem funkcji na awaryjnym panelu na kolumnie stołu | Tak, opisać |  |
|  | Zasilanie stołu akumulatorowe wbudowane w stół - wskaźnik stanu naładowania baterii na pilocie | Tak, opisać |  |
|  | Szyny sprzętowe ze stali nierdzewnej o przekroju wzdłuż wszystkich segmentów blatu, po obu stronach stołu. | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość pracy z sieci 230V w trybie awaryjnym | Tak, opisać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie stołu - min. 450 kg | Tak, opisać |  |
|  | Max. waga pacjenta umożliwiająca użycie stołu w dowolnym położeniu - min. 350 kg | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

 **Część 23 - Kolposkop- 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
|  | Videokolposkop zintegrowany z fotelem na ruchomym ramieniu z możliwością chowania pod siedzisko  | Tak, opisać |  |
|  | Videokolposkop wyposażony w wysokiej klasy optykę oraz oświetlenie LED  | Tak, opisać |  |
|  | Zoom optyczny w zakresie min. 1,5x - 20x | Tak, opisać |  |
|  | Zoom cyfrowy min. 10x | Tak, opisać |  |
|  | Średnica oglądanej powierzchni min. 3 cm  | Tak, opisać |  |
|  | Odległość obiektywu od obiektu badań max. 24 – 33 cm | Tak, opisać |  |
|  | Głębia ostrości min. 10 mm | Tak, opisać |  |
|  | Zielony filtr do filmów i testów podczas zabiegów | Tak, opisać |  |
|  | Formaty przechowywania obrazów i filmów min. png, avi | Tak, opisać |  |
|  | Transfer danych za pomocą wyjścia USB | Tak, opisać |  |
|  | Rozdzielczość obrazów i filmów min. 640x480 efektywnych pikseli | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja zamrażania obrazu | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja wykonywania pojedynczych zdjęć lub nagrywania filmów.  | Tak, opisać |  |
|  | **Monitor** | Tak, opisać |  |
|  | Monitor zintegrowany z fotelem umieszczony na ruchomym ramieniu z dwoma przegubami pozwalającymi na dowolne ustawienie.  | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość pochylenia monitora o kąt 15°  | Tak, opisać |  |
|  | Monitor LCD o przekątnej min. 17” | Tak, opisać |  |
|  | Wysoka rozdzielczość monitora min. 1280 x 1024 pikseli | Tak, opisać |  |
|  | Jasność min. 300 cd/m2 | Tak, opisać |  |
|  | Kontrast min. 3000:1  | Tak, opisać |  |
|  | Kąt widzenia min. 160°/160° | Tak, opisać |  |
|  | Sygnał wejściowy min: analog, digital, S- Video, CVBS | Tak, opisać |  |
|  | Czas reakcji min. 3 ms | Tak, opisać |  |
|  | Wymiary: 408 x 398 x 175 mm +/- 50 mm | Tak, opisać |  |
|  | Monitor w obudowie metalowej, ekran wykonany z wysokiej jakości szkła.  | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

 **Część 24 –Wózek zabiegowy - 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
| 2 | Stelaż aluminiowo-stalowy, lakierowany proszkowo na biało, z kanałami montażowymi po wewnętrznej stronie, umożliwiający dowolną regulację wysokości półek, przystosowany do montażu wyposażenia dodatkowego wyłącznie za pomocą elementów złącznych bez konieczności wykonywania otworów, | Tak, opisać |  |
| 3 | Wózek 3-poziomowy:* górny poziom: 1x blat ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9, w formie wyjmowanej tacy, pod blatem szuflada;
* środkowy poziom: wyjmowana kuweta z tworzywa sztucznego;
* dolny poziom: wyjmowana kuweta z tworzywa sztucznego.
 | Tak, opisać |  |
| 4 | Blat górny o powierzchni użytkowej: 358 x 288 x 17mm (+/- 5mm)[szer. x głęb. x wys.] | Tak, opisać |  |
| 5 | Wymiary kuwet z tworzywa:395 x 320 x6 5 mm (+/-5 mm) [szer. x głęb. x wys.] | Tak, opisać |  |
| 6 | Szuflada ze stali lakierowanej proszkowo na biało o wymiarze:335 x 385 x 155 mm (+/- 5mm)Wymiary powierzchni użytkowej szuflady: 260 x 340 x 125 mm (+/-5m) | Tak, opisać |  |
| 7 | Wyposażenie dodatkowe:* 2 x szyna instrumentalna z zabezpieczonymi narożnikami,
* 1 x kosz na odpady z tworzywa sztucznego z możliwością blokady pokrywy w pozycji pionowej,
* 1 x pojemnik na zużyte igły,
* 1 x pojemnik na rękawiczki obudowany z 3 stron.
 | Tak, opisać |  |
| 8 | Wyprofilowana rączka do prowadzenia | Tak, opisać |  |
| 9 | Wózek wyposażony w 4 koła o średnicy min. 75 mm, w tym dwa z blokadą | Tak, opisać |  |
| 10 | Wymiary całkowite bez wyposażenia dodatkowego:* długość 490 mm (± 20 mm),
* głębokość 480 mm (± 20 mm),
* wysokość 900 mm (± 20 mm).
 | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 25 – Łóżko porodowe- 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Łóżko fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
| 2 | Łóżko porodowe przeznaczone dla pacjentek oddziałów położniczo - ginekologicznych zapewniające pobyt pacjentki w czasie porodu, a także w czasie połogu. Umożliwia ustawienie pacjentki we wszystkich pozycjach porodu: klasycznej, siedzącej, bocznej, klęczącej, kucznej, będąc wspomaganym przez partnera, ustawienie pacjentki do zabiegów anestezjologicznych, w połogu. | Tak, opisać |  |
| 3 | Konstrukcja łóżka.Nie dopuszcza się rozwiązań konstrukcyjnych opartych na pantografie, mechanizmach korbowych czy też innych mechanizmach niezabezpieczonych przed wnikaniem zanieczyszczeń.  | Tak, opisać |  |
| 4 | Leże oparte na jednej kolumnie prostopadłościennej osadzonej asymetrycznie względem podstawy | Tak, opisać |  |
| 5 | Długość łóżka porodowego wraz z materacem: 2050mm [± 50 mm] | Tak, opisać |  |
| 6 | Szerokość łóżka porodowego: 1060 mm [± 50 mm] | Tak, opisać |  |
| 7 | Sterownik ręczny, regulujący:* wysokość,
* kąt nachylenia segmentu pleców,
* kąt nachylenia segmentu siedziska.
 | Tak, opisać |  |
| 8 | Elektryczna regulacja wysokości łóżka w zakresie 600 - 900 mm [± 20mm] liczonym od powierzchni materaca | Tak, opisać |  |
| 9 | Elektryczna regulacja podnoszenia i opuszczania oparcia pleców w zakresie od - 170 do 700, [± 5°] | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

 **Część 26 – Myjnia dezynfektor- 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
| 2 | Rama, komora oraz elementy funkcjonalne wykonane ze stali kwasoodpornej klasy AISI304 lub lepszej bez elementów plastikowych | Tak, opisać |  |
| 3 | Komora mycia głęboko tłoczona, bez spoin, wykonana z jednego elementu w postaci leja z pochyleniem sufitu. | Tak, opisać |  |
| 4 | Maksymalne wymiary urządzenia:* wysokość: 1650 mm
* szerokość: 550 mm
* głębokość: 500 mm
 | Tak, opisać |  |
| 5 | Pojemność na jeden cykl – dwie „kaczki” i jeden „basen” lub trzy kaczki | Tak, opisać |  |
| 6 | Drzwi otwierane uchylnie, w dół, gwarantujące załadunek na ergonomicznej wysokości | Tak, opisać |  |
| 7 | Automatyczne otwieranie drzwi za pomocą przycisku nożnego | Tak, opisać |  |
| 8 | System mycia składający się z ramienia myjącego do mycia powierzchni zewnętrznych oraz co najmniej 13 dysz (w tym min. 9 obrotowych) gwarantujący najwyższy poziom mycia. | Tak, opisać |  |
| 9 | Elementy grzejne poza komorą myjni . Moc Elementów grzejnych – min. 4,5 kW | Tak, opisać |  |
| 10 | Dwie pompy dozujące środki chemiczne (detergent i odkamieniacz) z możliwością nastawienia dozowania bezpośrednio z panelu sterowania, dla każdego programu oddzielnie | Tak, opisać |  |
| 11 | Minimum trzy programy mycia i dezynfekcji dostępne bezpośrednio z panelu sterowania (za pomocą trzech oddzielnych klawiszy funkcyjnych) – program krótki, standardowy, intensywny | Tak, opisać |  |
| 12 | Możliwość modyfikowania programów myjących przez użytkownika, dostęp do modyfikacji zabezpieczony kodem cyfrowym | Tak, opisać |  |
| 13 | Nastawialna temperatura dezynfekcji – standard pracy przy 93°C | Tak, opisać |  |
| 14 | Sterowanie mikroprocesorowe – automatyczny przebieg cyklu bez potrzeby ingerencji ze strony użytkownika | Tak, opisać |  |
| 15 | Blokada drzwi podczas trwania cyklu | Tak, opisać |  |
| 16 | Zabezpieczenie przed zalaniem | Tak, opisać |  |
| 17 | Wyświetlacz LCD, wszystkie komunikaty w języku polskim (wyświetlane informacje to m.in. typ programu, wartość A0, temperatura w komorze, aktualna faza cyklu) | Tak, opisać |  |
| 18 | Akustyczna i dźwiękowa informacja o błędach i awariach | Tak, opisać |  |
| 19 | Pompa cyrkulacyjna o mocy co najmniej 700W | Tak, opisać |  |
| 20 | Wydajność pompy min. 200l/min | Tak, opisać |  |
| 21 | Samodezynfekcja urządzenia poprzez wszystkie dysze natryskowe | Tak, opisać |  |
| 22 | Wbudowana wytwornica pary | Tak, opisać |  |
| 23 | Maksymalny poziom emitowanego hałasu – 51dB | Tak, opisać |  |
| 24 | Podłączenie wody zimnej i ciepłej – ¾” | Tak, opisać |  |
| 25 | Odpływ Ø 110 mm | Tak, opisać |  |
| 26 | Podłączenie elektryczne 400V 50 Hz, całkowita moc urządzenia <5,5 kW | Tak, opisać |  |
| 27 | Urządzenie spełniające normy PN EN 15883-1/-3 lub równoważne | Tak, opisać |  |
| 28 | Program mycia i dezynfekcji z potwierdzoną skutecznością eliminacji *Clostridium difficile*. Załączyć dokument niezależnej instytucji potwierdzający skuteczność procesu myjni wobec sporów *Clostridium difficile*. | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

 **Część 27 –Aparat USG - 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
|  | Aparat ze zintegrowaną stacją roboczą, systemem archiwizacji oraz drukarką, sterowanymi z klawiatury. | Tak, opisać |  |
|  | Zasilanie urządzenia 230V 50 MHz | Tak, opisać |  |
|  | Aparat wyposażony w cyfrowy beamformer | Tak, opisać |  |
|  | Cztery koła skrętne z możliwością blokowania wszystkich kół | Tak, opisać |  |
|  | Fabrycznie wbudowany monitor LCD z podświetleniem LED, kolorowy, min. 23’’, 1920x1080 | Tak, opisać |  |
|  | Aparat wyposażony w panel dotykowy z podświetleniem LED, min. 10’’, rozdzielczość 1280x800 | Tak, opisać |  |
|  | Regulacja panelu sterowania:- góra /dół min. 180 mm, - lewo/prawo min. 30° | Tak, opisać |  |
|  | Konsola aparatu wyposażona w fabryczny podgrzewacz do żelu zlokalizowany na wysokości panelu operatora oraz w dwa rodzaje klawiatury alfanumerycznej: wirtualną - dostępną na panelu dotykowym i wysuwaną spod panelu operatora | Tak, opisać |  |
|  | Cyfrowa regulacja TGC dostępna na panelu dotykowym z funkcją zapamiętywania kilku preferowanych ustawień | Tak, opisać |  |
|  | Skala szarości: min. 256 odcieni | Tak, opisać |  |
|  | Cyfrowy układ formowania wiązki ultradźwiękowej min. 5000000 kanałów procesowych  | Tak, opisać |  |
|  | Zakres pracy dostępnych głowic obrazowych min. 1 -18 MHz | Tak, opisać |  |
|  | Ilość aktywnych, równoważnych, bezpinowych gniazd do podłączenia głowic obrazowych: min. 4 | Tak, opisać |  |
|  | Ilość obrazów pamięci dynamicznej CINE min. 12500 | Tak, opisać |  |
|  | Archiwizacja danych pacjentów, raportów, obrazów pętli obrazowych na lokalnym dysku twardym SSD min. 500 GB | Tak, opisać |  |
|  | Archiwizacja sekwencji filmowych na dysku twardym w czasie badania (równoległe nagrywanie) i po zamrożeniu (pętli CINE). | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość eksportu obrazów i pętli obrazowych na dyski CD, DVD, pamięci Pen-Drive w formatach min. bmp, jpg, tiff, DICOM, avi (dla pętli obrazowych) | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja umożliwiająca automatyczne usuwanie badań po pływie 30/60/90/120 dni, konfigurowalna przez użytkownika | Tak, opisać |  |
|  | Fabrycznie zainstalowany system ochrony antywirusowej. | Tak, opisać |  |
|  | Tryb B | Tak, opisać |  |
|  | Głębokość penetracji w zakresie 2-38 cm | Tak, opisać |  |
|  | Obrazowanie trapezowe na głowicach liniowych | Tak, opisać |  |
|  | Dynamika systemu: 255dB (±5dB) | Tak, opisać |  |
|  | Ilość stref ogniskowania przy nadawaniu – min. 8 | Tak, opisać |  |
|  | Obrazowanie wieloczęstotliwościowe wykorzystujące technologię obrazowania na kilku częstotliwościach jednocześnie | Tak, opisać |  |
|  | Prędkość obrazowania (frame rate) min. 2100 fps | Tak, opisać |  |
|  | Zoom dla obrazów „na żywo” i zatrzymanych | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rotacji obrazu o 360° w skoku co 90° | Tak, opisać |  |
|  | Zmiana wzmocnienia obrazu zamrożonego i obrazu z pamięci CINE | Tak, opisać |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 3 częstotliwości  | Tak, opisać |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne z odwróconym impulsem | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja automatycznej optymalizacji obrazu przy pomocy jednego przycisku | Tak, opisać |  |
|  | Pełny post-processing obrazu min.: auto-optymalizacja tkanki, auto-optymalizacja spektrum, zmiana map szarości (min. 13 map), zmiana chroma map (min. 16 map) | Tak, opisać |  |
|  | Tryb M | Tak, opisać |  |
|  | Tryb M z Dopplerem kolorowym | Tak, opisać |  |
|  | Doppler kolorowy | Tak, opisać |  |
|  | Prędkość w Dopplerze kolorowym min. 5,6 m/s | Tak, opisać |  |
|  | PRF dla Dopplera kolorowego min. 18 KHz | Tak, opisać |  |
|  | Prędkość obrazowania (frame rate) dla Dopplera kolorowego min. 400 fps | Tak, opisać |  |
|  | Skala koloru – liczba kolorów – min. 256 | Tak, opisać |  |
|  | Kierunkowy Doppler mocy | Tak, opisać |  |
|  | Prędkość Dopplera mocy min. 5,6 m/s  | Tak, opisać |  |
|  | PRF dla Dopplera mocy min. 18 KHz | Tak, opisać |  |
|  | Doppler pulsacyjny | Tak, opisać |  |
|  | Prędkość w Dopplerze pulsacyjnym ≥ 3,0 m/s | Tak, opisać |  |
|  | Regulacja wielkości bramki w Dopplerze pulsacyjnym min. 0,5-15mm | Tak, opisać |  |
|  | Jednoczesne wyświetlanie na ekranie trybów: B+M, B+PW, B+C, B+PD, B+DPD, B+SFlow/ HDFlow/eFlow, B+SFlow/HDFlow/eFlow+PW, B+C+PW, B+PD+PW, B+DPD+PW, B+C+M, Dual B, Dual B+C, Dual B+PD | Tak, opisać |  |
|  | Tryb Triplex (B+CD/PD+PWD) | Tak, opisać |  |
|  | Obrazowanie złożeniowe (B+B/CD) w czasie rzeczywistym | Tak, opisać |  |
|  | Obrazowanie krzyżowe na głowicach liniowych i convex | Tak, opisać |  |
|  | Zaawansowany filtr do redukcji szumów speklowych polepszający jednocześnie obrazowanie w skali szarości oraz skalę kontrastu z jednoczesnym uwydatnieniem granic tkanek - uzyskany obraz jest zbliżony do obrazów MRI | Tak, opisać |  |
|  | Zaawansowana funkcja dedykowana do obrazowania wysokiej czułości i rozdzielczości do wykrywania i obrazowania bardzo wolnych przepływów | Tak, opisać |  |
|  | DICOM | Tak, opisać |  |
|  | Oprogramowanie do badań min:* ginekologicznych
* położnicze
* brzusznych
* kardiologicznych
* mięśniowoszkieletowe
* pediatrycznych
* małych narządów
* transkranialne
* urologicznych
* naczyniowych
 | Tak, opisać |  |
|  | Pomiary podstawowe na obrazie:* pomiar odległości,
* obwodu,
* pola powierzchni,
* objętości
 | Tak, opisać |  |
|  | Wyjście DVI do podłączenia dodatkowego monitora, Foot Swich port (USB), mikrofon | Tak, opisać |  |
|  | **Głowice** |  |  |
|  | **Głowica convex** wykonana w technologii Single Cristal **do badań położniczych** dedykowanych dla I trymestru ciąży* zakres częstotliwości pracy min. 3-10 MHz
* liczba elementów: min. 192
* kąt skanowania: min. 50°
* możliwość podłączenia przystawki biopsyjnej
 | Tak, opisać |  |
|  | **Głowica convex** wykonana w technologii Single Cristal **do badań brzusznych** oraz ginekologiczno- położniczych* zakres częstotliwości pracy min. 1-7 MHz
* liczba elementów: min. 160
* kąt skanowania: min. 80°
* możliwość podłączenia przystawki biopsyjnej
 | Tak, opisać |  |
|  | **Głowica endowaginalna** do badań ginekologiczno-położniczych oraz urologicznych* zakres częstotliwości pracy min. 5-9 MHz
* liczba elementów: min. 192
* kąt skanowania: min. 170°
* możliwość podłączenia przystawki biopsyjnej
 | Tak, opisać |  |
|  | **Urządzenia peryferyjne** | Tak, opisać |  |
|  | Drukarka medyczna cyfrowa | Tak, opisać |  |
|  | **Możliwości rozbudowy aparatu dostępne na dzień składania ofert** | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę endowaginalną objętościową do badań ginekologiczno-położniczych oraz urologicznych* zakres częstotliwości pracy min. 5-9 MHz
* liczba elementów: min. 192
* kąt skanowania: min. 150°
* przystawka biopsyjna
 | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę endowaginalna do badań ginekologiczno-położniczych oraz urologicznych* zakres częstotliwości pracy 3-12 MHz
* liczba elementów: min. 192
* kąt skanowania: min. 210°
* możliwość podłączenia przystawki biopsyjnej
 | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowic convex wykonana w technologii Single Cristal do badań brzusznych oraz ginekologiczno – położniczych* zakres częstotliwości pracy min. 1-7 MHz
* liczba elementów: min. 160
* kąt skanowania: min. 70°
 | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję badania z użyciem środka kontrastowego dostępne na głowicy endowaginalnej wolumetrycznej w trybie 3D/4D do badania drożności jajowodów- HYCOSY | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł elastografii uciskowej dedykowany do badań szyjki macicy, z wyliczeniem stosunku elastyczności wewnętrznego ujścia szyjki macicy do zewnętrznego. | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję półautomatycznego pomiaru NT (przezierności karkowej) | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję nagrywania badania „na żywo” bezpośrednio na nośniki CD/DVD oraz USB | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję DICOM Q/R (Query-Retrieve) | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję MPI *(fetal myocardial performance index)* z automatyczną analizą.  | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę liniowa wolumetryczna pracującą w zakresie 3-14 MHz | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o zaawansowane obrazowanie 4D umożliwiające zrobienie bardzo realistycznych projekcji.  | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o zaawansowane obrazowanie 4D wraz z oprogramowaniem wyposażonym w funkcje przezierności tkanki. | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

 **Część 28 -EKG - 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
|  | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG | Tak, opisać |  |
|  | Prezentacja na wyświetlaczu i wydruk 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG w układzie standardowym lub Cabrera | Tak, opisać |  |
|  | Praca w trybie automatycznym lub manualnym | Tak, opisać |  |
|  | Podczas badania automatycznego funkcja zapisu do „schowka" sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie łącznie z datą i godziną wykonania badania, ustawieniami filtrów, czasem zapisu badania i opcjonalnie z danymi pacjenta i gabinetu - pamięć ostatniego badania automatycznego | Tak, opisać |  |
|  | Wydruk z pamięci wewnętrznej automatycznego badania EKG po 3 odprowadzenia | Tak, opisać |  |
|  | Ekran graficzny min 4" | Tak, opisać |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja | Tak, opisać |  |
|  | Czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV | Tak, opisać |  |
|  | Prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s | Tak, opisać |  |
|  | Regulowana długość zapisu badania automatycznego (od 3 do 16 sekund) | Tak, opisać |  |
|  | Szerokość wydruku na papierze: min. 58 mm | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość wydruku dodatkowych informacji o badaniu i pacjencie | Tak, opisać |  |
|  | Dołączenie imienia i nazwiska pacjenta do wydruku przebiegu EKG | Tak, opisać |  |
|  | Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi | Tak, opisać |  |
|  | Pamięć ostatniego badania automatycznego | Tak, opisać |  |
|  | Wykonanie min. 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej | Tak, opisać |  |
|  | Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu | Tak, opisać |  |
|  | Wybór dowolnego kanału do detekcji częstości akcji serca | Tak, opisać |  |
|  | Automatyczna detekcja zespołów QRS | Tak, opisać |  |
|  | Aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu | Tak, opisać |  |
|  | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń | Tak, opisać |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych (50 Hz, 60Hz) | Tak, opisać |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych (25 Hz, 35 Hz, 45 Hz) | Tak, opisać |  |
|  | Filtr izolinii (0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz) | Tak, opisać |  |
|  | Detekcja niewłaściwego kontaktu elektrody ze skórą pacjenta (INOP), niezależna dla każdego kanału | Tak, opisać |  |
|  | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe | Tak, opisać |  |
|  | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja oszczędności energii akumulatora | Tak, opisać |  |
|  | Częstotliwość próbkowania - 8000Hz | Tak, opisać |  |
|  | Wózek do aparatu | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

 **Część 29 – Fotel ginekologiczny- 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
|  | Elektryczny fotel ginekologiczno- urologiczny/stół zabiegowy | Tak, opisać |  |
|  | Fotel oparty min. na 6 punktach podparcia | Tak, opisać |  |
|  | Fotel wyposażony w min. 1 elektryczny silnik do precyzyjnego pozycjonowania pacjenta w zakresie min.: regulacji wysokości leża | Tak, opisać |  |
|  | Konstrukcja wykonana ze stali lakierowanej proszkowo oparta na stabilnej podstawie | Tak, opisać |  |
|  | Leże min. 3 sekcyjne, tapicerowane bezszwowo, wysokiej jakości materiałem łatwo zmywalnym, antybakteryjnym o właściwościach trudnopalnych. | Tak, opisać |  |
|  | Konstrukcja oparta na ramie w kształcie litery Y, zbudowanej z profili  | Tak, opisać |  |
|  | Sekcja pleców, o kształcie prostokąta o wymiarach 860 x 630 (±10 mm) mm. | Tak, opisać |  |
|  | Sekcja środkowa (z wycięciem litotomijnym) o szerokości 630 i długości 390 (±10 mm)mm. | Tak, opisać |  |
|  | Sekcja nóg wyjmowana o szerokości 630 i długości 480 (±10)mm. | Tak, opisać |  |
|  | Podstawa wyposażona w 4 koła, od frontu o średnicy min. 100 cm, z tyłu mniejsze (ok. 50 mm) opuszczane przy użyciu dźwigni. | Tak, opisać |  |
|  | Fotel z możliwością rozłożenia do pozycji całkowicie leżącej - może pełnić funkcję kozetki. | Tak, opisać |  |
|  | Fotel/stół dzięki podstawie w kształcie litery Y umożliwiający rewelacyjny dostęp personelu medycznego do pacjenta. | Tak, opisać |  |
|  | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem a konstrukcją podstawy umożliwiająca łatwy podjazd podnośnikiem dla pacjenta. | Tak, opisać |  |
|  | Wymiary leża (dł. x szer.): 1730 x 630 mm ±20 mm | Tak, opisać |  |
|  | Regulacja wysokości: 500 - 950 mm ±20 mm zapewniająca łatwe przełożenie pacjenta z wózka inwalidzkiego. | Tak, opisać |  |
|  | Regulacja sekcji pleców regulowana sprężyną gazową – w stosunku do poziomu: min. -20°/+85° | Tak, opisać |  |
|  | Elektryczna regulacja środkowej sekcji z wycięciem litotomijnym w zakresie max. + 15° | Tak, opisać |  |
|  | Regulacja sekcji nóg w stosunku do poziomu: min. +15°. | Tak, opisać |  |
|  | Pozycja Trendelenburga 15°, uzyskiwana elektrycznie. | Tak, opisać |  |
|  | Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne oraz promieniowanie UV | Tak, opisać |  |
|  | Fotel wyposażony w regulowane podpory pod ręce min. w zakresie wysokości oraz kąta odchylenia. Podpory powlekane dedykowanym do poboru krwi antystatycznym, łatwozmywalnym i łatwym do dezynfekcji materiałem. | Tak, opisać |  |
|  | Nośność min. 260 kg | Tak, opisać |  |
|  | Wyposażenie fotela nr 1:* regulowane podpory Goeppla
* misa ze stali nierdzewnej
* szyny do zamocowania misy
* podpory do pobierania krwi
* wysięgnik kroplówki chromowany
* haczyki do zawieszenia worków na płyny ustrojowe
* uchwyt do zamocowania rolki podkładu jednorazowego

Wyposażenie fotela nr 2:* regulowane podpory Goeppla
* misa ze stali nierdzewnej
* szyny do zamocowania misy
* uchwyt do zamocowania rolki podkładu jednorazowego
 | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

 **Część 30 – Lampa zabiegowa statywowa- 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
|  | Lampa zabiegowa wyposażona w oprawę oświetleniową w technologii LED w wersji statywowej przejezdnej. | Tak, opisać |  |
|  | Podstawa lampy wyposażona w 4 koła w tym co najmniej dwa z hamulcem. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa lampy od strony reflektora wyposażona w szyby ochronne z poliwęglanu. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa lampy w kształcie koła o zwartej konstrukcji bez elementów takich jak uchwyty brudne, czy relingi, utrudniających utrzymanie lampy w czystości. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa lampy wykorzystująca technologię tylko i wyłącznie białych diod LED, świecących w konstrukcji jednoogniskowej. | Tak, opisać |  |
|  | **Parametry oprawy** | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o średnica zewnętrznej 26 cm ±10%. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o grubości nie większej niż 80 mm | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa z matrycą diodową złożoną z 20 punktów LED ±10%. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o natężeniu oświetlenia minimum 70 000 Lux/1 m. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa ze średnicą pola operacyjnego dl0 równą 14 cm ±10%. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa wyposażona w uchwyt sterylny umieszczony z boku czaszy, z możliwością sterylizacji wymiennych nakładek. Uchwyt sterylny umożliwiający włączenie lampy i regulację natężenia oświetlenia. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o współczynniku odwzorowania barw Ra minimum 95. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o współczynniku odwzorowania koloru czerwonego R9 minimum 94. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o wgłębności oświetlenia LI /L2 minimum 1700 mm przy 20% oświetlenia. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o mocy maksymalnej 24 W. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o temperaturze barwowej 4300 K ±100 K. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa z maksymalnym przyrostem temperatury w obszarze głowy chirurga nie większym niż 1 °C. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa z możliwością regulacji natężenia światła w zakresie co najmniej od 10 do 100% uchwytem sterylnym. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o żywotność diod LED min. 45 000 godzin. | Tak, opisać |  |
|  | Zapasowe uchwyty do pozycjonowania opraw wielorazowego użytku, z możliwością sterylizowania ich w autoklawie - minimum 2 szt. | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 30 – Lampa zabiegowa sufitowa- 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
|  | Lampa zabiegowa wyposażona w oprawę oświetleniową w technologii LED w wersji montowanej na suficie. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa lampy wykonana z materiałów odpornych na działanie środków dezynfekcyjnych. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa lampy opływowa, bez wystających elementów, przystosowana do współpracy z nawiewem laminarnym. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa lampy od strony reflektora wyposażona w szyby ochronne z poliwęglanu. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa lampy w kształcie koła o zwartej konstrukcji bez elementów takich jak uchwyty brudne, czy relingi, utrudniających utrzymanie lampy w czystości. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa lampy wykorzystująca technologię tylko i wyłącznie białych diod LED, świecących w konstrukcji jednoogniskowej. | Tak, opisać |  |
|  | **Parametry oprawy** | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o średnicy zewnętrznej 26 cm ±10%. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o grubości nie większej niż 80 mm | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa z matrycą diodową złożoną z 20 punktów LED ±10%. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o natężeniu oświetlenia minimum 70 000 Lux/1 m. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa ze średnicą pola operacyjnego d10 równą 14 cm ±10%. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa wyposażona w uchwyt sterylny umieszczony z boku czaszy, z możliwością sterylizacji wymiennych nakładek. Uchwyt sterylny umożliwiający włączenie lampy i regulację natężenia oświetlenia. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o współczynniku odwzorowania barw Ra minimum 95. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o współczynniku odwzorowania koloru czerwonego R9 minimum 94. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o wgłębności oświetlenia L1/L2 minimum 1700 mm przy 20% oświetlenia. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o mocy maksymalnej 24 W. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa o temperaturze barwowej 4300 K ±100 K. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa z maksymalnym przyrostem temperatury w obszarze głowy chirurga nie większym niż 1 °C. | Tak, opisać |  |
|  | Oprawa z możliwością regulacji natężenia światła w zakresie co najmniej od 10 do 100% uchwytem sterylnym. | Tak, opisać |  |
| 21. | Oprawa o żywotności diod LED min. 45 000 godzin. | Tak, opisać |  |
| 23. | Zapasowe uchwyty do pozycjonowania opraw wielorazowego użytku, z możliwością sterylizowania ich w autoklawie - minimum 2 szt. | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

 **Część 31 - Telemetria- 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  |  |  |  |
| 2 | Bezprzewodowe głowice Cardio i Toco | Tak, opisać |  |
| 3 | Waga głowicy Cardio mniej niż 110 g | Tak, opisać |  |
| 4 | Waga głowicy Toco mniej niż 95 g | Tak, opisać |  |
| 5 | Transmisja danych Toco do głowicy Cardio magnetycznie | Tak, opisać |  |
| 6 | Zasięg przy pracy głowic pod wodą do minimum 1 metra | Tak, opisać |  |
| 7 | Monitorowanie pracy serca płodu i czynności macicy w czasie ciąży i porodu  | Tak, opisać |  |
| 8 | Czas ładowania akumulatora nadajnika w odbiorniku max. 4 godz. | Tak, opisać |  |
| 9 | Zasięg min. 20 metrów | Tak, opisać |  |
| 10 | Standardowa moc pobierana mniej niż 0,8 W | Tak, opisać |  |
| 11 | Sygnalizacja stanu naładowania akumulatora | Tak, opisać |  |
| 12 | Sygnalizacja stanu ładowania akumulatora |  |  |
| 13 | Sygnalizacja łączności nadajnika z odbiornikiem  |  |  |
| 14 | Transmisja cyfrowa z modulacja FSK |  |  |
| 15 | Czas pracy przy w pełni naładowanych akumulatorach min. 12 godz. |  |  |
| 16 | Częstotliwość nadawania 434MHz |  |  |
| 17 | Transmisja cyfrowa z modulacją FM |  |  |
| 18 | Zasilanie nadajnika przez akumulator Li-Po  |  |  |
| 19 | Waga odbiornika nie więcej niż 1,1 kg |  |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

 **Część 32 – KTG -1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Przetwornik ultradźwiękowy 1 MHz, wodoszczelny – 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 3 | Zakres odczytu dla przetwornika ultradźwiękowego – min. 30-240 bpm | Tak, opisać |  |
| 4 | Natężenie fali ultradźwiękowej dla przetwornika ≤ 1 mW/cm² | Tak, opisać |  |
| 5 | Możliwość rozbudowy o monitorowanie ciąży bliźniaczej | Tak, opisać |  |
| 6 | Możliwość rozbudowy o monitorowanie ciąży trojaczej | Tak, opisać |  |
| 7 | Możliwość wyposażenia w czujnik saturacji krwi rodzącej na palec  | Tak, opisać |  |
| 8 | Możliwość wyposażenia w funkcje monitorowania ciśnienia tętniczego krwi rodzącej | Tak, opisać |  |
| 9 | Możliwość rozbudowy o pomiar ciśnienia wewnątrzmacicznego z wykorzystaniem jednorazowego czujnika | Tak, opisać |  |
| 10 | Możliwość rozbudowy o elektrokardiografie płodu FECG |  |  |
| 11 | Możliwość rozbudowy o elektrokardiografie matki MECG | Tak, opisać |  |
| 12 | Dokładność obliczania częstości pracy serca płodu ± 0,25bpm w całym zakresie pomiarowym | Tak, opisać |  |
| 13 | Zewnętrzny przetwornik Toco, wodoszczelny – 1 szt. | Tak, opisać |  |
| 14 | Funkcja ręcznego i automatycznego zerowania Toco | Tak, opisać |  |
| 15 | Aparat posiada możliwość ustawienia bazowej Toco „0”, „10”, „20” | Tak, opisać |  |
| 16 | Możliwość zamocowania przetworników na uchwytach przy aparacie | Tak, opisać |  |
| 17 | Znacznik zdarzeń dla pacjentki | Tak, opisać |  |
| 18 | Funkcja automatycznego wykrywania ruchów płodu i wydruk wykresu aktywności ruchowej płodu | Tak, opisać |  |
| 19 | Znacznik zdarzeń dla personelu z możliwością wyboru opcji wbudowanych | Tak, opisać |  |
| 20 | Alarmy utraty sygnału, wysokiego i niskiego tętna płodu; granice alarmów definiowalne przez użytkownika  | Tak, opisać |  |
| 21 | Licznik czasu badania NST | Tak, opisać |  |
| 22 | 3-stopniowy wskaźnik jakości odbieranego sygnału | Tak, opisać |  |
| 23 | Możliwość wprowadzenia do pamięci aparatu daty i czasu oraz danych użytkownika, szpitala, przychodni. | Tak, opisać |  |
| 24 | Rozbudowana baza danych zapisów KTG wraz z kalkulatorem ciąży, danymi pacjentki, ciąży, badania KTG | Tak, opisać |  |
| 25 | Pojedyncza, możliwa do zapamiętania sesja zapisu KTG nie krótsza niż 90 godzin | Tak, opisać |  |
| 26 | Wbudowana drukarka termiczna o wysokiej rozdzielczości z możliwością wydruku na papierze gładkim i wstępnie zadrukowanym | Tak, opisać |  |
| 27 | W aparat KTG wbudowane dwie analizy z interpretacją: przedporodowa  oraz śródporodowa stosowana podczas rozpoczętej akcji porodowej | Tak, opisać |  |
| 28 | Wbudowana automatyczna komputerowa kliniczna analiza przedporodowa monitorowanych danych z wydrukiem raportu | Tak, opisać |  |
| 29 | Analizowanie przynajmniej 14 parametrów zapisu KTG (min. STV, LTV, wyznaczanie linii bazowej, oznaczanie obszarów wysokiej i niskiej zmienności) | Tak, opisać |  |
| 30 | Aparatu wyposażony w podświetlenie drukarki. (umożliwia ocenę wydruku w zaciemnionym pomieszczeniu np. w nocy) | Tak, opisać |  |
| 31 | Drukarka umożliwia zapis ciąży mnogiej na tym samym wykresie, z przesunięciem o 20 bpm lub na osobnych skalach (dotyczy papieru bez podziałki)  | Tak, opisać |  |
| 32 | Dotykowy wyświetlacz LCD o przekątnej min. 8”, umożliwiający podgląd monitorowanych parametrów w formie cyfrowej i graficznej. | Tak, opisać |  |
| 33 | Wyświetlacz LCD ze zmiennym tłem i podświetleniem – w zależności od potrzeb | Tak, opisać |  |
| 34 | Obsługa aparatu wyłącznie przez ekran dotykowy | Tak, opisać |  |
| 35 | Możliwość obsługi ekranu dotykowego w rękawiczkach  | Tak, opisać |  |
| 36 | Brak fizycznych przycisków na obudowie – zapewnia dokładną dezynfekcję i utrzymanie w czystości | Tak, opisać |  |
| 37 | **Współpraca z cyfrowymi systemami centralnego monitorowania oraz oprogramowaniem komputerowym** | Tak, opisać |  |
| 38 | Możliwość współpracy z telemetrią | Tak, opisać |  |
| 39 | Aparat wyposażony w wewnętrzną pamięć z możliwością rozbudowy pojemności | Tak, opisać |  |
| 40 | Aparat wyposażony w min. 2 porty USB umożliwiające archiwizowanie zapamiętanych badań na pamięć zewnętrzną. | Tak, opisać |  |
| 41 | Możliwość podłączenia fizycznej klawiatury | Tak, opisać |  |
| 42 | Aparat wyposażony w co najmniej jeden port RS232 i min. jeden port LAN  | Tak, opisać |  |
| 43 | Aparat wyposażony w kliniczna przedporodową komputerową analizę zapisu KTG z zawansowaną interpretacją  | Tak, opisać |  |
| 44 | Waga nie więcej niż 6 kg | Tak, opisać |  |
| 45 | Wymiary 32 x 23 x 24cm (±5cm) | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 33 - Zestaw do endoskopii i histeroskopii- 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  | **Monitor operacyjny** |  |  |
|  | Przekątna ekran min. 26" | Tak, opisać |  |
|  | Rozdzielczość monitora min. 1920 x 1080 pikseli | Tak, opisać |  |
|  | Cyfrowe wejścia wideo min.: 1x DVI- D, 1x 3G-SDI | Tak, opisać |  |
|  | Cyfrowe wyjścia wideo min.: 1x DVI- D, 1x 3G-SDI | Tak, opisać |  |
|  | Mocowanie VESA 100 | Tak, opisać |  |
|  | **Sterownik kamery FULL HD** |  |  |
|  | Współpraca sterownika kamery z głowicami kamer FULL HD z min. jednym przetwornikiem obrazowym | Tak, opisać |  |
|  | Współpraca sterownika kamery z dedykowanymi wideoendoskopami giętkim takim jak: wideogastroskopy, wideokolonoskopy z kamerą wbudowaną w sondę wziernikową | Tak, opisać |  |
|  | Konstrukcja sterownika kamery umożliwiająca rozbudowę o funkcjonalność jednoczesnego podłączenie dwóch endoskopów i wyświetlanie dwóch obrazów na ekranie monitora operacyjnego podczas operacji łączonych histeroskopowo- laparoskopowych | Tak, opisać |  |
|  | Menu sterownika kamery wyświetlane na ekranie monitora operacyjnego w formie graficzno-tekstowych ikon | Tak, opisać |  |
|  | Obsługa funkcji sterownika kamery ze sterylnej strefy sali operacyjnej poprzez przyciski głowicy kamery | Tak, opisać |  |
|  | Dostęp do funkcji sterownika kamery z "brudnej" strefy sali operacyjnej poprzez zewnętrzną klawiaturę bez konieczności bezpośredniego dostępu do panelu czołowego sterownika kamery, w zestawie klawiatura silikonowa z USB zgodna z MDD 93/42/EWG, stopień ochrony min. IP68 | Tak, opisać |  |
|  | Sterownik kamery wyposażony w min. 1 wyjście cyfrowe wideo 3G-SDI (format sygnału 1920x1080p, 50/60 Hz) | Tak, opisać |  |
|  | Sterownik kamery wyposażony w min. 2 wyjścia cyfrowe wideo DVI-D (format sygnału 1920x1080p, 50/60 Hz) | Tak, opisać |  |
|  | Sterownik kamery wyposażony w min. 3 gniazda USB do podłączenia: pamięci PenDrive, zewnętrznej klawiatury, dedykowanej drukarki | Tak, opisać |  |
|  | Min. 1 gniazdo USB umieszczone na panelu przednim sterownika | Tak, opisać |  |
|  | Sterownik kamery wyposażony w zintegrowane gniazdo do bezpośredniego podłączenia oferowanego źródła światła LED | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja automatycznego ustawiania intensywności światła w oferowanym źródle światła LED przez sterownik kamery | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja manualnego ustawienia poziomu intensywności światła w oferowanym źródle światła LED poprzez przyciski głowicy kamery | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja wyświetlania poziomu intensywności światła na ekranie monitora operacyjnego | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja wprowadzania danych pacjenta przy pomocy zewnętrznej klawiatury, m.in.: imienia, nazwiska, daty urodzenia oraz ID  | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja wyświetlania imienia, nazwiska, daty urodzenia oraz ID pacjenta na ekranie monitora operacyjnego podczas operacji  | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość zapamiętania w pamięci wewnętrznej sterownika kamery danych min. 50 pacjentów | Tak, opisać |  |
|  | Sterownik kamery wyposażony w funkcję tworzenia i zapisu w pamięci wewnętrznej profili użytkowników z indywidualnymi ustawieniami wstępnymi sterownika obejmującymi:- indywidualną konfigurację menu sterownika kamery,- indywidualne przypisanie funkcji dostępnych bezpośrednio pod przyciskami głowicy kamery.Zapis min. 20 indywidualnych profili użytkowników | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość eksportu / importu profili użytkowników do/z pamięci PenDrive | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja regulacji jasności, dostępne min. 4 poziomy ustawienia jasności | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja zoomu cyfrowego, dostępne min. 4 poziomy regulacji zoomu | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja wyświetlania wirtualnej siatki na ekranie monitora operacyjnego do precyzyjnego wskazywania określonego obszaru pola operacyjnego | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja wyświetlania wirtualnego wskaźnika punktowego na ekranie monitora operacyjnego do precyzyjnego wskazywania określonego punktu pola operacyjnego | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja zapisu zdjęć i filmów w pamięci PenDrive bezpośrednio podłączonej do sterownika, w zestawie pamięć PenDrive o pojemności min. 32 GB | Tak, opisać |  |
|  | Zapis filmów w formacie: MPEG4 | Tak, opisać |  |
|  | Zapis zdjęć w formacie: JPEG | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja wyświetlania daty i godziny na ekranie monitora operacyjnego w trakcie operacji | Tak, opisać |  |
|  | **Głowica kamery FULL HD** |  |  |
|  | Głowica kamery wyposażona w min. 1 przetwornik obrazowy, kompatybilna z oferowanym sterownikiem kamery | Tak, opisać |  |
|  | Praca głowicy kamery w standardzie FULL HD | Tak, opisać |  |
|  | Głowica kamery wyposażona w przyciski sterujące funkcjami sterownika kamery  | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość zaprogramowania funkcji uruchomienia zapisu zdjęcia i filmu wideo (start/stop) pod jednym przyciskiem głowicy kamery | Tak, opisać |  |
|  | Masa głowicy kamery nie większa niż 150g | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość sterylizacji w EtO, STERRAD NX, 100NX, STERIS SYSTEM 1 | Tak, opisać |  |
|  | **Źródło światła LED** |  |  |
|  | Źródło światła wykorzystujące technologię oświetleniową LED | Tak, opisać |  |
|  | Temperatura barwowa w zakresie 6000K - 6500K | Tak, opisać |  |
|  | Żywotność lampy LED min. 25 000 godzin | Tak, opisać |  |
|  | Ustawianie poziomu intensywności światła poprzez przyciski na panelu przednim źródła światła lub poprzez zintegrowany ekran dotykowy | Tak, opisać |  |
|  | Dedykowany przycisk funkcji standby | Tak, opisać |  |
|  | Wskaźnik graficzny lub numeryczny informujący o poziomie intensywności światła  | Tak, opisać |  |
|  | Źródło światła wyposażone w zintegrowane gniazdo umożliwiające komunikację z oferowanym sterownikiem kamery w celu sterowania źródłem światła bezpośrednio poprzez przyciski głowicy kamery i wyświetlania poziomu intensywności światła na ekranie monitora operacyjnego | Tak, opisać |  |
|  | Światłowód łączący optykę kompatybilny ze źródłem światła firmy Carl Storz, które jest na wyposażeniu szpitala | Tak, opisać |  |
|  | **Pompa płucząca** |  |  |
|  | Wielodziedzinowa płucząca pompa rolkowa z oprogramowaniem dedykowanym do operacji histeroskopowych | Tak, opisać |  |
|  | Obsługa pompy poprzez kolorowy ekran dotykowy | Tak, opisać |  |
|  | Wybór zastosowania pompy z menu z listą dziedzin i procedur wyświetlanej na ekranie dotykowym | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja automatycznego rozpoznawania drenu wraz z automatyczną aktywacją procedur wykorzystujących dany dren | Tak, opisać |  |
|  | Regulacja ciśnienia płukania podczas histeroskopii w zakresie 20 - 150 mmHg  | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość wykorzystania pompy w połączeniu z dedykowanym shaverem histeroskopowym jako pompy ssącej i pracy w sposób zsynchronizowany | Tak, opisać |  |
|  | Wyświetlanie ciśnienia płukania podczas histeroskopii w formie graficznej lub numerycznej na ekranie dotykowym | Tak, opisać |  |
|  | Animacja wyświetlana na ekranie dotykowym instruująca sposób zakładania drenu | Tak, opisać |  |
|  | Dren płuczący do histeroskopii, sterylny, jednorazowy, w op. 10 szt. - 3 op. [zestaw startowy] | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rozbudowy pompy o oprogramowanie dedykowane do laparoskopii, cystoskopii | Tak, opisać |  |
|  | **Wózek aparaturowy** |  |  |
|  | Podstawa wyposażona w 4 antystatyczne koła z blokadą na min. 2 kołach | Tak, opisać |  |
|  | Min. 3 półki oraz 1 zamykana szuflada  | Tak, opisać |  |
|  | Wysięgnik lub ramię do zamocowania monitora | Tak, opisać |  |
|  | Wysięgnik na płyny | Tak, opisać |  |
|  | **Zestaw do odsysania** |  |  |
|  | Zbiornik na jednorazowe wkłady workowe do odsysania o pojemności 2,5 litra, wielorazowy, wyposażony w podłączenie do próżni - 1 szt. | Tak, opisać |  |
|  | INFORMACJE DODATKOWE |  |  |
| 1 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 5 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 6 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 12 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

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

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

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

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)