

Załącznik nr 1 – opis przedmiotu zamówienia – parametry techniczne

PAKIET 4

Przedmiot zamówienia: **Wirówka laboratoryjna**

NAZWA OFERENTA	
PRODUCENT	
MODEL/TYP	
KRAJ POCHODZENIA	
ROK PRODUKCJI /wymagane fabrycznie nowe/	
LICZBA SZTUK	4

Lp.	PARAMETR / WARUNEK	Wymogi graniczne TAK/NIE	Potwierdzenie spełnienia parametrów, opis
I.	Parametry		
1.	Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2023.	TAK	
2.	Wirnik horyzontalny	TAK	
3.	Pojemnik na próbówki (poj. 10 ml i 4 ml)	TAK	
4.	Wkładka redukcyjna	TAK	
5.	Głębokość (min. 510 mm)	TAK	
6.	Szerokość (min. 410 mm)	TAK	
7.	Wysokość (min. 370 mm)	TAK	
8.	Waga (max. 35 kg)	TAK	
9.	Prędkość (300 – 4300 obr/min)	TAK	
10.	Poziom hałasu (max. 56 dB)	TAK	
	INNE		
11.	Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu.	TAK	
12.	Usunięcie awarii w ramach naprawy gwarancyjnej nastąpi w ciągu 3 dni od daty poinformowania serwisu e-mailem o awarii pod adres:	ponaść	
13.	Aparat zastępczy w okresie gwarancji na czas naprawy wraz z ubezpieczeniem od wszelkich ryzyk.	Tak	
14.	Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć w wersji papierowej, bądź elektronicznej przy dostawie)	Tak	
15.	Dostarczenie paszportu technicznego	Tak	
16.	Dostępność części zamiennych minimum 10 lat	Tak	
17.	Bezpłatne przeglądy zgodnie z instrukcją obsługi, w okresie gwarancji w cenie dostawy przedmiotu zamówienia.	Tak	
18.	Gwarancja minimum 24 miesiące.	TAK ponaść	
19.	Ilość napraw gwarancyjnych kwalifikująca do wymiany uszkodzone elementy na nowe: wymagane max 3 naprawy	ponaść	

20.	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. Oświadczenie o wpisie do Rejestru Wyrobów Medycznych.	TAK podać	
-----	---	--------------	--

Uwagi:

- ~~Niespełnienie któregoś z podanych warunków granicznych (wymaganych) powoduje odrzucenie oferty.~~
- ~~Oświadczamy, iż wyspecyfikowane powyżej urządzenie jest nowe, kompletne i będzie po montażu i zainstalowaniu gotowe do podjęcia prawidłowej pracy bez żadnych dodatkowych zakupów (poza materiałami eksploatacyjnymi).~~

_____ Data i podpis

Załącznik nr 1 – opis przedmiotu zamówienia – parametry techniczne

PAKIET 2

Przedmiot zamówienia: **Histeroskop diagnostyczno – operacyjny**

NAZWA OFERENTA	
PRODUCENT	
MODEL/TYP	
KRAJ POCHODZENIA	
ROK PRODUKCJI /wymagane fabrycznie nowe/	
LICZBA SZTUK	4

Lp.	PARAMETR / WARUNEK	Wymogi graniczne TAK/NIE	Potwierdzenie spełnienia parametrów, opis
I.	Parametry		
1.	Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2023.	TAK	
2.	Urządzenie diagnostyczno – operacyjne z ciągłym przepływem	TAK	
3.	Urządzenie typ Grochmal	TAK	
4.	Średnica 5 mm	TAK	
5.	Kanał roboczy 5 Charr.	TAK	
6.	Długość robocza 217 mm	TAK	
7.	Optyka – kąt patrzenia 20 stopni	TAK	
	INNE		
8.	Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu.	TAK	
9.	Usunięcie awarii w ramach naprawy gwarancyjnej nastąpi w ciągu 3 dni od daty poinformowania serwisu e-mailem o awarii pod adres:	ponaść	
10.	Aparat zastępczy w okresie gwarancji na czas naprawy wraz z ubezpieczeniem od wszelkich ryzyk.	Tak	
11.	Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć w wersji papierowej, bądź elektronicznej – przy dostawie)	Tak	
12.	Dostarczenie paszportu technicznego	Tak	
13.	Dostępność części zamiennych minimum 10 lat	Tak	
14.	Bezpłatne przeglądy zgodnie z instrukcją obsługi, w okresie gwarancji w cenie dostawy przedmiotu zamówienia.	Tak	
15.	Gwarancja minimum 24 miesiące.	TAK ponaść	
16.	Ilość napraw gwarancyjnych kwalifikująca do wymiany uszkodzone elementy na nowe: wymagane max 3 naprawy	ponaść	
17.	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. Oświadczenie o wpisie do Rejestru Wyrobów Medycznych.	TAK ponaść	

Uwagi:

— Niespełnienie któregoś z podanych warunków granicznych (wymaganych) powoduje odrzucenie oferty.

~~Oświadczamy, iż wyspecyfikowane powyżej urządzenie jest nowe, kompletne i będzie po montażu i zainstalowaniu gotowe do podjęcia prawidłowej pracy bez żadnych dodatkowych zakupów (poza materiałami eksploatacyjnymi).~~

_____ Data i podpis

Załącznik nr 1 – opis przedmiotu zamówienia – parametry techniczne

PAKIET 3

Przedmiot zamówienia: **Aparat EKG**

NAZWA OFERENTA	Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Lecznictwa Cezal Lublin Sp. z o.o.
PRODUCENT	BTL Industries Limited
MODEL/TYP	Aparat EKG BTL-08 MT Plus
KRAJ POCHODZENIA	Wielka Brytania
ROK PRODUKCJI /wymagane fabrycznie nowe/	2023 r. /fabrycznie nowe/
LICZBA SZTUK	1

Lp.	PARAMETR / WARUNEK	Wymogi graniczne TAK/NIE	Potwierdzenie spełnienia parametrów, opis
I.	Parametry		
1.	Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2023.	TAK	TAK, Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2023.
2.	Aparat EKG 12 – kanałowy	TAK	TAK< Aparat EKG 12 – kanałowy
3.	Kolorowy ekran dotykowy (min.5,7")	TAK	TAK, Kolorowy ekran dotykowy (5,7")
4.	Tryb Long (do wykrywania arytmii)	TAK	TAK, Tryb Long (do wykrywania arytmii)
5.	Filtr autoadaptacyjny	TAK	TAK, Filtr autoadaptacyjny
6.	Standardowy papier 112 mm	TAK	TAK, Standardowy papier 112 mm
7.	Możliwość wydruku na drukarce laserowej (papier biurowy A4)	TAK	TAK, Możliwość wydruku na drukarce laserowej (papier biurowy A4)
8.	Możliwość transmisji danych przez Wi-Fi/LAN	TAK	TAK, Możliwość transmisji danych przez Wi-Fi/LAN
9.	Możliwość integracji z systemami informatycznymi szpitala	TAK	TAK, Możliwość integracji z systemami informatycznymi szpitala
10.	Opcja: moduł SDS do oceny ryzyka nagłej śmierci sercowej	TAK	TAK, Opcja: moduł SDS do oceny ryzyka nagłej śmierci sercowej
11.	Wbudowany akumulator	TAK	TAK, Wbudowany akumulator
	INNE		
12.	Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu.	TAK	TAK, Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i

			przeszkoleniem personelu.
13.	Usunięcie awarii w ramach naprawy gwarancyjnej nastąpi w ciągu 3 dni od daty poinformowania serwisu e-mailem o awarii pod adres:	podać	TAK, Usunięcie awarii w ramach naprawy gwarancyjnej nastąpi w ciągu 3 dni od daty poinformowania serwisu e-mailem o awarii pod adres: btlnet@btlnet.pl, dok@cezal.lublin.pl
14.	Aparat zastępczy w okresie gwarancji na czas naprawy wraz z ubezpieczeniem od wszelkich ryzyk.	Tak	TAK, Aparat zastępczy w okresie gwarancji na czas naprawy wraz z ubezpieczeniem od wszelkich ryzyk.
15.	Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć w wersji papierowej, bądź elektronicznej – przy dostawie)	Tak	TAK, Instrukcja obsługi w języku polskim (zostanie załączona w wersji papierowej, bądź elektronicznej – przy dostawie)
16.	Dostarczenie paszportu technicznego	Tak	TAK, Dostarczenie paszportu technicznego
17.	Dostępność części zamiennych minimum 10 lat	Tak	TAK, Dostępność części zamiennych 10 lat
18.	Bezpłatne przeglądy zgodnie z instrukcją obsługi, w okresie gwarancji w cenie dostawy przedmiotu zamówienia.	Tak	TAK, Bezpłatne przeglądy zgodnie z instrukcją obsługi, w okresie gwarancji w cenie dostawy przedmiotu zamówienia.
19.	Gwarancja minimum 24 miesiące.	TAK podać	TAK, Gwarancja 24 miesiące
20.	Ilość napraw gwarancyjnych kwalifikująca do wymiany uszkodzone elementy na nowe: wymagane max 3 naprawy	podać	TAK, 3 naprawy gwarancyjne kwalifikujące do wymiany uszkodzonych elementów na nowe
21.	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. Oświadczenie o wpisie do Rejestru Wyrobów Medycznych.	TAK podać	TAK, Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, Deklaracje Zgodności CE. Oświadczenie o wpisie do Rejestru Wyrobów Medycznych.

Uwagi:

- Niespełnienie któregoś z podanych warunków granicznych (wymaganych) powoduje odrzucenie oferty.

- Oświadczamy, iż wyspecyfikowane powyżej urządzenie jest nowe, kompletne i będzie po montażu i zainstalowaniu gotowe do podjęcia prawidłowej pracy bez żadnych dodatkowych zakupów (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Data i podpis 25.05.2023.....

Załącznik nr 1 – opis przedmiotu zamówienia – parametry techniczne

PAKIET 4

Przedmiot zamówienia: **Spirometr**

NAZWA OFERENTA	
PRODUCENT	
MODEL/TYP	
KRAJ POCHODZENIA	
ROK PRODUKCJI /wymagane fabrycznie nowe/	
LICZBA SZTUK	4

Lp.	PARAMETR / WARUNEK	Wymogi graniczne TAK/NIE	Potwierdzenie spełnienia parametrów, opis
I.	Parametry		
1.	Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2023.	TAK	
2.	łebkie, niskoporowe głowice pneumatograficzne bez elementów ruchomych, wymienne, łatwo dezynfekowane i sterylizowane w całości	TAK	
3.	możliwość wprowadzenia następujących danych pacjenta: imię, nazwisko, kod pacjenta, data urodzenia, wzrost, waga, płeć	TAK	
4.	Zakres pomiaru przepływu +/- 20 l/s	TAK	
5.	Dokładność pomiaru przepływu < 2%	TAK	
6.	Rozdzielczość pomiaru przepływu 2,4 ml/s	TAK	
7.	Zakres pomiaru objętości +/- 10 l	TAK	
8.	Dokładność pomiaru objętości < 2%	TAK	
9.	Rozdzielczość pomiaru objętości 5 ml	TAK	
10.	Zasilanie 230V lub USB	TAK	
11.	miar bez filtrów przeciwbakteryjnych	TAK	
12.	automatyczna ocena jakości wykonanego poprawnie badania wg skali A-F	TAK	
13.	możliwość włączenia systemu automatycznej diagnozy dla badań klasy A lub B	TAK	
14.	notebook / laptop	TAK	
15.	prezentacja graficzna wolnej spirometrii i natężonej krzywej przepływ – objętość w czasie rzeczywistym	TAK	
16.	prezentacja graficzna badania w czasie rzeczywistym w trzech osiach: przepływ, objętość, czas	TAK	

17.	baza danych bez ograniczeń z szybkim wyszukiwaniem pacjentów i badań	TAK	
18.	CD z oprogramowaniem zgodnym z Microsoft Windows	TAK	
19.	możliwość transmisji wyników badania do standardowych programów statystycznych i zapisu w formacie pdf	TAK	
20.	najnowsze wersje oprogramowania w okresie gwarancji i po jej zakończeniu w cenie spirometru	TAK	
21.	w zestawie: 10 głowic pomiarowych, 10 ustników dla dzieci, 10 ustników dla dorosłych, klips na nos, kabel USB, futerał	TAK	
	INNE		
22.	Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu.	TAK	
23.	Usunięcie awarii w ramach naprawy gwarancyjnej nastąpi w ciągu 3 dni od daty poinformowania serwisu e-mailem o awarii pod adres:	ponad	
24.	Aparat zastępczy w okresie gwarancji na czas naprawy wraz z ubezpieczeniem od wszelkich ryzyk.	Tak	
25.	Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć w wersji papierowej, bądź elektronicznej – przy dostawie)	Tak	
26.	Dostarczenie paszportu technicznego	Tak	
27.	Dostępność części zamiennych minimum 10 lat	Tak	
28.	Bezpłatne przeglądy zgodnie z instrukcją obsługi, w okresie gwarancji w cenie dostawy przedmiotu zamówienia.	Tak	
29.	Gwarancja minimum 24 miesiące.	TAK ponad	
30.	Ilość napraw gwarancyjnych kwalifikująca do wymiany uszkodzone elementy na nowe: wymagane max 3 naprawy	ponad	
31.	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. Oświadczenie o wpisie do Rejestru Wyrobów Medycznych.	TAK ponad	

Uwagi:

- Niespełnienie któregoś z podanych warunków granicznych (wymaganych) powoduje odrzucenie oferty.
- Oświadczamy, iż wyspecyfikowane powyżej urządzenie jest nowe, kompletne i będzie po montażu i zainstalowaniu gotowe do podjęcia prawidłowej pracy bez żadnych dodatkowych zakupów (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Data i podpis