**Zadanie Nr 1 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**REJESTRATOR HOLTEROWSKI EKG - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe.  Rok produkcji nie starszy 2022 | **TAK** |  |  |
|  | Kompatybilny z posiadanym oprogramowaniem CardioScan | **TAK** |  |  |
|  | Rejestracja 3 kanałów EKG | **TAK** |  |  |
|  | 7 odprowadzeniowy ekranowany kabel pacjenta | **TAK** |  |  |
|  | Podgląd w czasie rzeczywistym na ekranie komputera rejestrowanego sygnału EKG pozwalający na kontrolę jakości sygnału i podłączenia elektrod | **TAK** |  |  |
|  | Zapis badania do wewnętrznej (stałej) pamięci rejestratora | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość sformatowania rejestratora (za pomocą komputera) przed badaniem z podaniem m. In.: czasu i daty rozpoczęcia rejestracji, imienia, nazwiska, daty urodzenia, płci, nr id pacjenta | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna kalibracja, regulacja wzmocnienia oraz automatyczne wykrywanie impulsów stymulatora | **TAK** |  |  |
|  | Diodowa sygnalizacja pracy | **TAK** |  |  |
|  | Przycisk znacznika zdarzeń pacjenta (EVENT) | **TAK** |  |  |
|  | Szybka transmisja danych z/do PC przez kabel HDMI-USB | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary :87 mm × 55mm × 22mm ± 10 mm | **TAK** |  |  |
|  | Waga z baterią nie więcej niż 100 g | **TAK** |  |  |
|  | Próbkowanie sygnału EKG: 4096 próbek/s | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie: 1 bateria alkaliczna AAA lub akumulator AAA | **TAK** |  |  |
|  | Czas ciągłej rejestracji: do 7 dni | **TAK** |  |  |
|  | Wbudowane gniazda: HDMI, micro Jack | **TAK** |  |  |
|  | CMRR >60db | **TAK** |  |  |
|  | Zakres częstotliwości sygnału: 0,05Hz-60Hz (+0,4db, -3,0db) | **TAK** |  |  |
|  | Poziom szumu sygnału: ≤15μvp-p | **TAK** |  |  |
|  | Impedancja wejściowa: ≥2MΩ |  |  |  |
|  | Futerał i smycz. | **TAK** |  |  |
|  | 7 odprowadzeniowy kabel pacjenta- 2 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności  - oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 2 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**APARAT DO LASEROTERAPII- 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| 1. **1** | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK** |  |  |
| 1. **2** | Sterownik do laseroterapii z aplikatorem skanującym i sondą punktową do laseroterapii | **TAK** |  |  |
| 1. **3** | Aplikator skanujący R+IR 100mW +450mW ze statywem oraz sterownikiem : duża moc źródeł promieniowanie mierzona na wyjściu, trzy tryby kreślenia pola zabiegowego: elipsa, linia, krzywe w granicach prostokąta, regulacja wysokości ramienia 60-140cm, regulacja położenia głowicy w dwóch osiach, automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości pola zabiegowego i odległości skanera od ciała pacjenta, głowica skanująca umieszczona na ramieniu wyposażonym w siłownik pneumatyczny podtrzymujący ramię, podstawa wyposażona w kółka z hamulcami, półka na sterownik i okulary | **TAK** |  |  |
| 1. **4** | Aplikator skanujący 100/450mW w zestawie + sonda punktowa do laseroterapii punktowej IR o mocy 400mW i długości fali 808nm | **TAK** |  |  |
| 1. **5** | Możliwość podłączenia sond i aplikatorów laserowych  1. o mocy 400 mW i długości fali 808nm  2. o mocy 80mW i długości fali 660nm:  - regulacja mocy sond i aplikatorów  - tryb emisji: ciągły i impulsowy | **TAK** |  |  |
| 1. **6** | Możliwość podłączenia prętów światłowodowych do sond punktowych | **TAK** |  |  |
| 1. **7** | Ilość gniazd do podłączenia aplikatorów - 3 | **TAK** |  |  |
|  | Tryb manualny i programowy | **TAK** |  |  |
|  | Kontrola nad parametrami zabiegowymi | **TAK** |  |  |
|  | Jednostki chorobowe w trybie programowym wybierane po nazwie | **TAK** |  |  |
|  | Ilustrowana encyklopedia zabiegowa | **TAK** |  |  |
|  | Dawka energii :0,5 J/cm2 – 15 J/cm2 z krokiem regulacji 0,5 J/cm2 | **TAK** |  |  |
|  | Regulacja mocy 25%-100% | **TAK** |  |  |
|  | Wypełnienie przy pracy impulsowej 10 – 90% z krokiem regulacji 10% | **TAK** |  |  |
|  | Ilość programów zabiegowych 57 | **TAK** |  |  |
|  | Ilość sekwencji zabiegowych dla skanera 26 | **TAK** |  |  |
|  | Gotowe programy z częstotliwościami Nogiera 8 | **TAK** |  |  |
|  | Gotowe programy z częstotliwościami Volla 30 | **TAK** |  |  |
|  | Edycja nazw programów użytkownika | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu | **TAK** |  |  |
|  | Dotykowy Wyświetlacz 5'' | **TAK** |  |  |
|  | Zegar zabiegowy 1 sekunda – 100 minut, krok zmienny | **TAK** |  |  |
|  | Wtyk blokady drzwi DOOR | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie 230V, 50Hz, 40W | **TAK** |  |  |
|  | Okulary ochronne do laseroterapii 2szt. Dla pacjenta i terapeuty | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość pracy na baterii | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz - oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 2 Pozycja Nr2**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**KABINA UGUL - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Produkt fabrycznie nowy lub powystawowy sprawny i nienoszący śladów użytkowania. | **TAK** |  |  |
|  | Kabina do ćwiczeń o wymiarach 2,0 x  2,0 x 2,0 m | **TAK** |  |  |
|  | Zbudowana jest z ośmiu prostokątnych ram, wypełnionych prętami tworzącymi siatkę o prostokątnych oczkach. | **TAK** |  |  |
|  | Stalowa rama pomalowana proszkowo na kolor biały. | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz - oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 2 Pozycja Nr 3**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**FOTEL DO POBIERANIA KRWI - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK** |  |  |
|  | Stelaż malowany proszkowo: biały | **TAK** |  |  |
|  | Tapicerka wykonana z materiału zmywalnego odpornego na środki czystości | **TAK** |  |  |
|  | Dwa podłokietniki o regulowanej wysokości | **TAK** |  |  |
|  | Tapicerka w kolorze zielony medyczny | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz - oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 2 Pozycja Nr 4**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**WÓZEK ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK** |  |  |
|  | Konstrukcja wykonana z metalowych rurek lakierowanych proszkowo. Kolor: biały. | **TAK** |  |  |
|  | Wózek posiada miejsce na worek na odpady z pokrywką, druciany kosz, trzy półki w postaci wyjmowanych plastikowych kuwet/tac oraz cztery koła jezdne w tym dwa z blokadą. | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary:  wysokość: 90,5cm ± 2 cm  szerokość: 42,5cm ± 2 cm  długość: 64,5cm ± 2 cm | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz - oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 3 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**APARAT DO KRIOCHIRURGII -1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie aby działać nie musi być podpięte do prądu | **TAK** |  |  |
| 1. **1** | Klasa IP obudowy (EN 60529) IP 21 | **TAK** |  |  |
|  | Typ części aplikacyjnej : B | **TAK** |  |  |
|  | Przełącznik wyboru trybu pracy  Dwa tryby pracy: tryb stały i tryb zamrażania | **TAK** |  |  |
|  | Manometr i system regulacji ciśnienia:  Po otwarciu zaworu butli układ wewnętrzny urządzenia napełniany jest gazem pod ciśnieniem: żółty 0 – 20 bar: ciśnienie czyszczenia elementu końcowego / niebieski 25 – 50 bar: standardowe ciśnienie robocze / czerwony 60 – 80 bar: nadciśnienie | **TAK** |  |  |
|  | Przełącznik nożny | **TAK** |  |  |
|  | Wózek z aparatem posiadający cztery kółka jezdne | **TAK** |  |  |
|  | Czynnik roboczy : Podtlenek azotu (N2O medyczny), lub dwutlenek węgla (CO2 medyczny) w stalowych butlach ciśnieniowych | **TAK** |  |  |
|  | Ciśnienie pracy CO2: 42 ÷ 65 bar | **TAK** |  |  |
|  | Ciśnienie maksymalne CO2: 65 bar | **TAK** |  |  |
|  | Ciśnienie pracy N2O 38 ÷ 50 bar | **TAK** |  |  |
|  | Ciśnienie maksymalne N2O: 50 bar | **TAK** |  |  |
|  | Maksymalne ciśnienie zasilania CO2 72 bar | **TAK** |  |  |
|  | Ciśnienie maksymalne N2O 62 bar | **TAK** |  |  |
|  | Warunki środowiskowe pracy:  Temperatura+18˚C ÷ +30˚C  Wilgotność względna 20% ÷ 90% bez kondensacji pary wodnej  Ciśnienie atmosferyczne 700 hPa ÷ 1060 hPa | **TAK** |  |  |
|  | Ciężar – aparat bez akcesoriów : mniej niż 2 kg. | **TAK** |  |  |
|  | Ciśnienie pracy sond:  Sondy kontaktowe 40-50 bar  Sondy natryskowe 30-45 bar | **TAK** |  |  |
|  | W zestawie 4 sondy:   * sonda dermatologiczna uniwersalna dotykowa * sonda dermatologiczna uniwersalna natryskowa * Sonda do tarczy szyjki macicy. Średnica sondy ∅ 20 mm * Sonda stożkowa do szyjki macicy. Średnica sondy ∅ 15 mm | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz  - oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

### 

**Zadanie Nr 3 Pozycja Nr 2**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**APARAT EKG- 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………………………………….

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………….…..%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK** |  |  |
|  | Ekran: Kolorowy, dotykowy LCD 4,3’ | **TAK** |  |  |
| 1. **1** | Klawiatura : Alfanumeryczna | **TAK** |  |  |
|  | Interfejs komunikacyjny: USB | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary 220x153x55 ±10 mm | **TAK** |  |  |
|  | Waga < 0,6 kg | **TAK** |  |  |
|  | Szerokość papieru : 58 mm ± 10 mm | **TAK** |  |  |
|  | Drukarka wewnętrzna | **TAK** |  |  |
|  | Wyświetlane odprowadzenia: 3/6/12 | **TAK** |  |  |
|  | Drukowane odprowadzanie: 1/3/6/12 dla wybranej grupy | **TAK** |  |  |
|  | Tryb rejestracji: auto, manual | **TAK** |  |  |
|  | Częstotliwość próbkowania: 8000 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Pamięć wewnętrzna do 1000 badań | **TAK** |  |  |
|  | Czas pracy na baterii Do 130 badań w trybie auto | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-25 (baza CSE) - wyniki interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta | **TAK** |  |  |
|  | Detekcja stymulatora serca | **TAK** |  |  |
|  | INOP – kontrola podpięcia elektrod | **TAK** |  |  |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa stanu naładowania i rozładowania baterii | **TAK** |  |  |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa i graficzna złego kontaktu elektrod | **TAK** |  |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych  50 Hz, 60 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych  25 Hz, 35 Hz, 45 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Rozdzielczość przetwornika  12 bit | **TAK** |  |  |
|  | Filtr linii izoelektrycznej  0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz | **TAK** |  |  |
|  | Czułość (mm/mV)  2,5 / 5 / 10 / 20 | **TAK** |  |  |
|  | Prędkość (mm/s)  5 / 6,25 / 10 / 12,5 / 25 / 50 | **TAK** |  |  |
|  | Menu w języku polskim oraz instrukcja w języku polskim | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz  - oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 3 Pozycja Nr 3**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**APARAT KTG -1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK** |  |  |
|  | Ruchomy kolorowy ekran LCD 7" | **TAK** |  |  |
|  | Technologia: Doppler pulsacyjny PW + system DSP | **TAK** |  |  |
|  | Analiza badania STV | **TAK** |  |  |
|  | Częstotliwość: 1 MHz, głowica wielokryształowa wysokiej czułości | **TAK** |  |  |
|  | Zakres pomiarowy FHR: 50~210 BPM , dokładność: ±2 BPM | **TAK** |  |  |
|  | TOCO Zakres pomiarowy: 0-100% , dokładność: < 10 % | **TAK** |  |  |
|  | Automatyczne wykrywanie ruchów płodu + marker dla pacjentki | **TAK** |  |  |
|  | Funkcje alarmów niskiego i wysokiego tętna, końca papieru itp | **TAK** |  |  |
|  | Drukarka termiczna wbudowana 110 mm | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie: AC 100V—240V 50/60 Hz i wbudowany akumulator | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość podłączenia dodatkowej sondy do monitorowania bliźniąt | **TAK** |  |  |
|  | Wbudowana analiza badania | **TAK** |  |  |
|  | Polskie menu | **TAK** |  |  |
|  | W skład urządzenia wchodzi:  Kardiotokograf.  Głowica Cardio.  Głowica TOCO.  Pasy mocujące głowice.  Ręczny znacznik dla pacjentki.  Zasilanie akumulatorowe  Instrukcja w języku polskim.  2 zwijki papieru 110 mm.  Przewód zasilający.  Dedykowany stolik z uchwytem na głowice( 2 półkowy) z 4 kołami (2 z blokadą) | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim. | **TAK** |  |  |
|  | Szkolenie pracowników. | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz  - oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 4 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**NARZĘDZIA CHIRURGICZNE**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Ilość sztuk** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Wszystkie dostarczone narzędzia nowe i nieużywane, rok produkcji 2022 lub 2023 |  | **TAK** |  |  |
|  | Wykonane ze stali nierdzewnej ( spełniającej wymogi norm krajowych i europejskich), ocechowane ( nr katalogowym, nazwą producenta ) | . | **TAK** |  |  |
|  | Wykonanie przed producenta wszystkich produktów w najwyższym standardzie technologicznym, potwierdzonych zgodnością z aneksem II dyrektywy 93/42 EEC, mówiącym o zapewnieniu odpowiedniej jakości procesów projektowania, wykonania i dystrybucji narzędzi chirurgicznych według norm ISO 9001 oraz ISO 13485 – dołączyć certyfikaty Producenta narzędzi oraz niezależnych jednostek notyfikujących ( dotyczy certyfikatu ISO ) |  | **TAK** |  |  |
|  | Oświadczenia producenta dotyczącego wykonania pasywacji wraz z opisem procesu, wymagane również oświadczenie producenta dotyczące spełnienia odporności na korozję zgodnie z normą DIN\_EN\_ISO 13402 – dołączyć do oferty |  | **TAK** |  |  |
|  | Parametry oferowanych narzędzi potwierdzone oryginalnym katalogiem lub jego kopią (strony prezentujące wyrób). Certyfikaty i parametry przedstawione w formie oryginału lub kopii. Grupy narzędzi   * haki operacyjne, retraktory, podważki, pincety, kleszczyki, klemy, sztance, imadła bez twardej wkładki – min. 42 – 47 HRC * nożyczki bez twardej wkładki , dłuta – min. 50 – 57 HRC * nożyczki z twardą wkładką / twarda wkładka – min. 42 – 47 HRC / min. 60 – 64 HRC * kleszczyki opatrunkowe oraz opinania serwet pola operacyjnego, akcesoria stosowane na sali OP, instrumenty ginekologiczne ( np. wzierniki , skrobaczki ), instrumenty ortopedyczne i kardiochirurgiczne – min. 42-48 oraz 52-58 HRC * mikro-instrumenty - min. 42 – 47 HRC * imadła z twardą wkładką – min. 42-47 HRC (twarda wkładka 1600-1800 HV |  | **TAK** |  |  |
|  | Serwis gwarancyjny oraz pogwarancyjny w formie kompleksowej naprawy instrumentów wraz z wymianą twardych wkładek, ponownego złocenia uchwytów oraz niezbędnych części i pełną obróbką powierzchni – potwierdzić dokumentami firmowymi. Serwis powinien posiadać minimum park maszynowy w postaci : szlifierka, urządzenie do matowienia, linie do pasywacji, urządzenie galwaniczne do złocenia, mikroskop stereoskopowy, piec hartowniczo-próżniowy. Serwis certyfikowany normami : ISO9001 2011 i ISO EN 13485, podać dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski – poświadczyć certyfikatem Producenta |  | **TAK** |  |  |
|  | Narzędzia oznaczone kodem Data matrix czyli matrycowym dwuwymiarowym  kodem kreskowy (kod kreskowy 2D), składający się z czarnych i białych pól (modułów) zamieszczonych w granicach tzw. wzoru wyszukiwania. Oznakowanie takie pozwala na pełną identyfikację narzędzi w zestawie i możliwość skanowania każdego instrumentu znajdującego się w zestawie. Kod Data Matrix zawiera zakodowaną informację o unikalnym numerze narzędzia. Kod może być wykorzystany do synchronizacji z systemami informatycznymi i organizacją pracy w obrębie np. Bloku Operacyjnego i Centralnej Sterylizatorni ( skład zestawów narzędzi chirurgicznych , obieg w obrębie BO/CS , planowanie regeneracji i wymiany narzędzi w zestawach ). Dopuszczalne nie oznakowanie na narzędziach na których wymiary konstrukcyjne narzędzia nie dają pełnej czytelności kodu. |  | **TAK** |  |  |
|  | Wszystkie oferowane narzędzia posiadają możliwość:   * mycia ( ultradźwięki, środki myjące i neutralizacja dopuszczone przez PZH) * dezynfekcja (temperaturowa i chemiczna) środkami dopuszczonymi przez PZH * sterylizacja: parowa w autoklawach w temperaturze 134 stopnie Celcjusza , niskotemperaturowa dla materiałów wrażliwych oraz nadtlenek wodoru i plazma – dołączyć do oferty oświadczenie Producenta narzędzi |  |  |  |  |
|  | IMADŁO CHIRURGICZNE TYP HEGAR-MAYO DŁ. 180MM Z ZAPADKA DOLNA SZCZĘKI PROSTE Z NACIĘCIAMI KRZYŻOWYMI 0,5MM I KANALIKIEM | 7 szt. | **TAK** |  |  |
|  | IMADŁO CHIRURGICZNE TYP HEGAR-MAYO DŁUGOŚĆ 235 MM Z ZAPADKA DOLNA SZCZĘKI PROSTE Z NACIĘCIAMI KRZYŻOWYMI 0,5 MM I KANALIKIEM | 7 szt. | **TAK** |  |  |
|  | NOŻYCZKI PREPARACYJNE ODGIĘTE TYP METZENBAUM DŁUGOŚĆ 200 MM KOŃCE TEPO TĘPE | 2 szt. | **TAK** |  |  |
|  | NOŻYCZKI PREPARACYJNE ODGIETE TYP NELSON METZENBAUM DŁUGOŚĆ 230 MM KOŃCE TEPO TĘPE | 7szt | **TAK** |  |  |
|  | NOŻYCZKI PREPARACYJNE ODGIĘTE TYP METZENBAUM DŁUGOŚĆ 180 MM OSTRZA TĘPO TEPE UTWARDZONE Z TWARDĄ WKŁADKĄ ZŁOTE UCHA | 3 szt. | **TAK** |  |  |
|  | IMADŁO CHIRURGICZNE TYP DE BAKEY SZCZĘKI PROSTE Z TWARDĄ WKŁADKĄ SKOK 0,4 MM DO NICI 4/0-6/0 DŁUGOŚĆ 180 MM | 2 szt. | **TAK** |  |  |
|  | IMADŁO CHIRURGICZNE DO IGIEŁ NACZYNIOWYCH SMUKŁE SZCZĘKI PROSTE Z TWARDĄ WKŁADKĄ SKOK 0,2 MM DO NICI 6/0-10/0 DŁ. 230MM | 2 szt. | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 5 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**AKCESORIA DO DEFIBRYLATORA LIFE PACK 15**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Akcesoria kompatybilne i dedykowane z defibrylatorem LIFE PACK 15 | **TAK** |  |  |
|  | Podstawowa torba do defibrylatora LIFEPAK 15 (2 kieszenie boczne) | **TAK** |  |  |
|  | Pasek do noszenia na ramieniu defibrylatora LIFEPAK 15 | **TAK** |  |  |
|  | Tylna kieszeń do defibrylatora LIFEPAK 15 | **TAK** |  |  |
|  | Uchwyt certyfikowany do karetki | **TAK** |  |  |
|  | Multitech 4G modem do teletransmisji | **TAK** |  |  |
|  | Łyżki twarde do defibrylatora LIFEPAK 15 | **TAK** |  |  |
|  | Nakładka pediatryczna do standardowych łyżek twardych do defibrylacji do defibrylatora LIFEPAK 15 | **TAK** |  |  |
|  | Produkty fabrycznie nowe | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące | **TAK** |  |  |

**Zadanie Nr 6 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**ANALIZATOR CRP- 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………

Nazwa producenta:…………………………… Rok produkcji:…………

Cena jednostkowa brutto ………………….. zł VAT ……………………%

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
|  | Fabrycznie nowy. Rok produkcji nie starszy niż 2022 | **TAK** |  |  |
|  | Przenośne urządzenie diagnostyczne do szybkiego oznaczania ilościowego stężenia CRP we krwi pełnej lub osoczu. | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość wykonania badania z krwi kapilarnej (opuszkowej), krwi żylnej lub z osocza | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość wykonania badań:   * SARS CoV-2 Ag * SARS CoV-2 Ab * D-Dimer * INR * CRP * SARS CoV-2 Ag/Grypa A i B * SARS CoV-2 Ag/RSV * proBNP * HbA1c * Troponin I (wysokiej czułości)\* * Strep A (badanie genetyczne)\* * Influenza/RSV\* | **TAK** |  |  |
|  | Wymiary 210 mm x 97 mm x 73 mm ± 10 mm | **TAK** |  |  |
|  | Temperatura pracy, zakres 15˚C – 30˚C (59˚F – 86˚F) | **TAK** |  |  |
|  | Temperatura przechowywania, zakres -10˚C – 50˚C (14˚F – 122˚F) | **TAK** |  |  |
|  | Tryb pracy :W trybie autonomicznym lub w jednym z dwóch trybów połączonych: Managed i EHR Connected | **TAK** |  |  |
|  | Przechowywanie danych 1 000 wyników testów z datą, godziną i komentarzami | **TAK** |  |  |
|  | **Komunikacja**: 2 x porty USB ;  RFID 13,56 MHz, 0 dBi (EIRP)  Bluetooth pasmo niskiej energii ISM 2,4 GHz, od 2400 MHz do 2483,5 MHz, 0,5 dBm (ERP) | **TAK** |  |  |
|  | Zasilacz sieciowy : Wejście 100-240 V / 50-60 Hz / 1,0-0,5 A, Wyjście: 12 V / 3 A | **TAK** |  |  |
|  | Bateria Akumulator litowo-jonowy 7,4 V 5000 mAh | **TAK** |  |  |
|  | Ekran dotykowy o wysokim kontraście i szerokim kącie widzenia | **TAK** |  |  |
|  | Szybki test mikroprzepływowy stosowany z urządzeniem przeznaczony do ilościowego oznaczania stężenia CRP we krwi pełnej lub osoczu. – 96 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim. | **TAK** |  |  |
|  | Szkolenie pracowników. | **TAK** |  |  |
|  | Dokumenty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych  - deklaracja zgodności oraz  - oznaczenie znakiem zgodności CE | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące. W trakcie trwania gwarancji wykonanie 2 przeglądów technicznych jeśli urządzanie wymaga przeglądów. Jeśli nie wymaga- przedstawienie dokumentu od producenta poświadczające, że urządzenie nie wymaga przeglądu technicznego. | **TAK** |  |  |