**Załącznik nr 1 – opis przedmiotu zamówienia – parametry techniczne**

**PAKIET 1**

Przedmiot zamówienia: **Wirówka laboratoryjna**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA OFERENTA |  |
| PRODUCENT |  |
| MODEL/TYP |  |
| KRAJ POCHODZENIA |  |
| ROK PRODUKCJI /*wymagane 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* |  |
| 2. | Wirnik horyzontalny | *TAK* |  |
| 3. | Pojemnik na probówki (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: ………………………………………………….. | podać |  |
| 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 podać |  |
| 19. | Ilość napraw gwarancyjnych kwalifikująca do wymiany uszkodzone elementy na nowe: wymagane max 3 naprawy | podać |  |
| 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 | **1** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. | Urzadzenie 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: ………………………………………………….. | podać |  |
| 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 podać |  |
| 16. | Ilość napraw gwarancyjnych kwalifikująca do wymiany uszkodzone elementy na nowe: wymagane max 3 naprawy | podać |  |
| 17. | 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 3**

Przedmiot zamówienia: **Aparat EKG**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA OFERENTA |  |
| PRODUCENT |  |
| MODEL/TYP |  |
| KRAJ POCHODZENIA |  |
| ROK PRODUKCJI /*wymagane 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* |  |
| 2. | Aparat EKG 12 – kanałowy | *TAK* |  |
| 3. | Kolorowy ekran dotykowy (min.5,7”) | *TAK* |  |
| 4. | Tryb Long (do wykrywania arytmii) | *TAK* |  |
| 5. | Filtr autoadaptacyjny | *TAK* |  |
| 6. | Standardowy papier 112 mm | *TAK* |  |
| 7. | Możliwość wydruku na drukarce laserowej (papier biurowy A4) | *TAK* |  |
| 8. | Możliwość transmisji danych przez Wi-Fi/LAN | *TAK* |  |
| 9. | Możliwość integracji z systemami informatycznymi szpitala | *TAK* |  |
| 10. | Opcja: moduł SDS do oceny ryzyka nagłej śmierci sercowej | *TAK* |  |
| 11. | Wbudowany akumulator | *TAK* |  |
|  | **INNE** |  |  |
| 12. | Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu. | *TAK* |  |
| 13. | Usunięcie awarii w ramach naprawy gwarancyjnej nastąpi w ciągu 3 dni od daty poinformowania serwisu e-mailem o awarii pod adres: ………………………………………………….. | podać |  |
| 14. | Aparat zastępczy w okresie gwarancji na czas naprawy wraz z ubezpieczeniem od wszelkich ryzyk. | Tak |  |
| 15. | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć w wersji papierowej, bądź elektronicznej – przy dostawie) | Tak |  |
| 16. | Dostarczenie paszportu technicznego | Tak |  |
| 17. | Dostępność części zamiennych minimum 10 lat | Tak |  |
| 18. | Bezpłatne przeglądy zgodnie z instrukcją obsługi, w okresie gwarancji w cenie dostawy przedmiotu zamówienia. | Tak |  |
| 19. | Gwarancja minimum 24 miesiące. | TAK podać |  |
| 20. | Ilość napraw gwarancyjnych kwalifikująca do wymiany uszkodzone elementy na nowe: wymagane max 3 naprawy | podać |  |
| 21. | 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 4**

Przedmiot zamówienia: **Spirometr**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA OFERENTA |  |
| PRODUCENT |  |
| MODEL/TYP |  |
| KRAJ POCHODZENIA |  |
| ROK PRODUKCJI /*wymagane 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* |  |
| 2. | lekkie, niskooporowe głowice pneumotachograficzne 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. | pomiar 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: ………………………………………………….. | podać |  |
| 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 podać |  |
| 30. | Ilość napraw gwarancyjnych kwalifikująca do wymiany uszkodzone elementy na nowe: wymagane max 3 naprawy | podać |  |
| 31. | 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 …………..……………………………………