**D10.251.81.B.2024 Załącznik nr 3i do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia (OPZ)**

**Część 9 zadanie 1**

**Asystor kaszlu z aparatem do masażu wibracyjnego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp*.*** | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2024 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| 6 | Miejsce instalacji | Copernicus PL Sp. z o.o. ul. Nowe Ogrody 1-6 80-803 Gdańsk |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| ***Asystor kaszlu*** | | | |
| 1 | Urządzenie pozwalające na nieinwazyjne oczyszczanie dróg oddechowych z wydzielin u dzieci i dorosłych. | TAK |  |
| 2 | Urządzenie funkcjonujące w trybie ręcznym lub automatycznym. | TAK, podać |  |
| 3 | Zasilanie sieciowo – akumulatorowe w zakresie min. 100-240 V AC, 50/60 Hz i 12 V DC | TAK, podać |  |
| 4 | Czas wdechowy 0-5 s | TAK, podać |  |
| 5 | Czas wydechowy 0-5 s | TAK, podać |  |
| 6 | Możliwość ustawienia wibracji oscylacyjnych dla poszczególnych faz wdechu i wydechu. Częstotliwość 1-20 Hz. Amplituda 1-10 cm H2O | TAK, podać |  |
| 7 | Minimalny zakres możliwych do ustawienia ciśnień wdechu i wydechu: od – 70 do + 70 cm H2O | TAK, podać |  |
| 8 | Wyświetlacz przeznaczony do prezentacji parametrów pracy urządzenia i intuicyjnej obsługi w czasie programowania parametrów terapii. | TAK |  |
| 9 | Menu w języku polskim | TAK |  |
| 10 | Możliwość stosowania urządzenia z maską twarzową, ustnikiem bądź przejściówką do rurki dotchawiczej lub tracheostomijnej. | TAK, podać |  |
| ~~11~~ | ~~Komplety układu pacjenta składające się z: filtra antybakteryjnego, rury, łącznika oraz:~~  ~~- maski rozmiar S (10 szt),~~  ~~- maski rozmiar M (15 szt),~~  ~~- ustnika (10 szt),~~  ~~- łącznika do rurki dotchawiczej lub tracheostomijnej (10 szt).~~ | ~~TAK, podać~~ |  |
| 12 | Waga urządzenia do 4,3 kg. | TAK, podać |  |
| ***Aparat do masażu wibracyjego*** | | | |
| 13 | Urządzenie wykorzystujące wibracje mechaniczne do wspomagania terapii oddechowej. | TAK |  |
| 14 | Ruch wibracyjny w płaszczyźnie pionowej i poziomej. | TAK |  |
| 15 | Dwie prędkości wibracji: delikatny i intensywny. | TAK, podać |  |
| 16 | Czas pracy ciągłej urządzenia - do 30 minut. | TAK, podać |  |
| 17 | Waga urządzenia max 2 kg. | TAK, podać |  |
| 18 | Zasilanie sieciowe 230 V 50 Hz. | TAK |  |
| 19 | W zestawie nakładka przeznaczona do masażu pulmologicznego. | TAK |  |

**Część 9 zadanie 3**

**Sukcesywne dostawy akcesoriów do asystora kaszlu z zadania nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Jednostka miary** | **Ilości** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość oferowana** | **Producent**  **i nazwa handlowa** | **Numer katalogowy** |
|  |  |  | ***A*** | ***B*** | ***A x B*** |  |  |
| 1 | Kompletny układ pacjenta z maską rozmiar S | szt | 50 |  |  |  |  |
| 2 | Kompletny układ pacjenta z maską rozmiar M | szt | 100 |  |  |  |  |
| 3 | Kompletny układ pacjenta z maską rozmiar L | szt | 100 |  |  |  |  |
| 4 | Kompletny układ pacjenta z ustnikiem | szt | 30 |  |  |  |  |
| 5 | Kompletny układ pacjenta z łącznikiem do rurki dotchawiczej lub tracheostomijnej. | szt | 30 |  |  |  |  |
| Suma | | | | | |  | |

**UWAGA: dokument powinien być podpisany przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy w sposób określony w SWZ**