**Załącznik nr 6 do SIWZ**

**Zadanie nr 1 – Kozetka lekarska 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr**  **oferowany** |
|  | **Kozetka lekarska** |  |  |
| 1. | Kozetka na kółkach przeznaczona do badań | Tak |  |
| 2. | Kozetka wyposażona w 4 kółka podgumowane, w tym co najmniej 2 wyposażone w hamulec | Tak |  |
| 3. | Konstrukcja z kształtowników stalowych, pokrytych farbą proszkową | Tak |  |
| 4. | Zagłówek kozetki z regulacją pochylenia | Tak |  |
| 5. | Leże oraz zagłówek pokryte materiałem skóropodobnym | Tak |  |
| 6. | Wysokość: 590mm (+/-20mm) | Tak |  |
| 7. | Długość: 1880mm (+/- 20mm) | Tak |  |
| 8. | Szerokość: 550mm(=/- 20mm) | Tak |  |
| 9. | Dopuszczalne obciążenie: 170kg (+/- 5kg) | Tak |  |
| 10. | Uchwyt na rolkę prześcieradła | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Kozetka lekarska** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  | | Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 2 – Laryngoskop 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr**  **oferowany** |
|  | **Laryngoskop** |  |  |
| 1. | 1 rękojeść światłowodowa bateryjna F.O. 2,5V typu C | Tak |  |
| 2. | oświetlenie ksenonowe | Tak |  |
| 3. | specjalna kapsuła dla żarówki ksenonowej - zapewnia bezpieczeństwo żarówki przy wymianie baterii oraz maksymalną przepuszczalność światła | Tak |  |
| 4. | 3 łyżki Macintosh F.O. w rozmiarach 2, 3, 4 z matowej stali nierdzewnej, która zapobiega refleksom światła | Tak |  |
| 5. | gniazdo ze specjalnego trwałego polimeru | Tak |  |
| 6. | niewymienny światłowód Ø 3,0 mm, min. 3000 pojedynczych włókien | Tak |  |
| 7. | oświetlenie > 3.500 Lux /dla rękojeści 2,5 V | Tak |  |
| 8. | do sterylizacji w autoklawie do 134°C - ok. 4000 cykli | Tak |  |
| 9. | Zestaw umieszczony w pudełku | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Laryngoskop** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  | | Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 3 – Resuscytator ręczny 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr**  **oferowany** |
|  | **Resuscytator ręczny** |  |  |
| 1. | Worek resuscytacyjny silikonowy, z maską nr 5 i rezerwuarem tlenu. | Tak |  |
| 2. | Do sterylizacji w autoklawie. | Tak |  |
|  | Zakres stosowania: |  |  |
| 3. | Pacjenci o wadze ciała >30 kg. | Tak |  |
| 4. | Częstotliwość wentylacji: dorośli: 12 - 15 razy/min. | Tak |  |
| 5. | Maksymalna ilość oddechów: 45/min. | Tak |  |
| 6. | Maksymalna częstość oddechu: zależy od wdmuchiwanej objętości powietrza. | Tak |  |
| 7. | Objętość martwa: 7ml dla resuscytatora=135ml dla maski nr 5. | Tak |  |
| 8. | Objętość worek resuscytatora/wdech: około 1500/1200ml dla dorosłych. | Tak |  |
| 9. | Objętość worka rezerwuaru tlenu: 2500ml. | Tak |  |
| 10. | Zawór ograniczający ciśnienie: 60 ± 10cm H2O. | Tak |  |
| 11. | Średnica zawór pacjenta/łącznik pacjenta: 22/15mm. | Tak |  |
| 12. | STĘŻENIA TLENU: (przy dostarczaniu tlenu z zewnętrznego źródła) 90 - 95%. | Tak |  |
| 13. | Temperatura pracy: od -18°C do 50°C. | Tak |  |
| 14. | Temperatura przechowywania: od -40°C do 50°C . | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Resuscytator ręczny** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  | | Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 4 – Stolik pod aparaturę medyczną 2 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr**  **oferowany** |
|  | **Stolik pod aparaturę medyczną** |  |  |
| 1. | Stelaż z profilu aluminiowego lakierowanego proszkowo na biało. Profil nośny z 2 kanałami montażowymi po obydwu stronach umożliwiający regulację wysokości położenia szyn instrumentalnych oraz rozbudowę stolika w przyszłości o wyposażenie dodatkowe wyłącznie za pomocą elementów złącznych, bez konieczności wykonywania otworów. | Tak |  |
| 2. | Podstawa, blat stalowe, lakierowane proszkowo na biało; podstawa wyposażona w koła o średnicy 50 mm, w tym dwa z blokadą; półki (blat) z podniesionym rantem z czterech stron; | Tak |  |
| 3. | Wymiary: Głębokość: 400 mm (+/- 5%) Szerokość: 735 mm (+/- 5%)  Wysokość: 900 mm (+/- 5%) | Tak |  |
| 4. | Wymiary blatu: 655 x 400 mm (+/- 5%) | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Stolik pod aparaturę medyczną** | 2 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  | | Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 5 – Stolik medyczny 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr**  **oferowany** |
| **I.** | **Stolik medyczny** |  |  |
| 1. | 2 x uchwyt do prowadzenia z pręta o średnicy 8 mm | Tak |  |
| 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, wyposażony w koła w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy 75 mm, w tym dwa z blokadą | Tak |  |
| 3. | blat ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9, montowany na stałe do stelaża, z podniesionym rantem | Tak |  |
| 4. | Wymiary całkowite: 770x430x880 mm(+/- 5%) [szerokośćxgłębokośćxwysokość] | Tak |  |
| 5. | wymiary blatu górnego: 705x415x20 mm (+/- 5%) [szerokośćxgłębokośćxwysokość] | Tak |  |
| 6. | wymiary blatu dolnego: 655x415x20 mm (+/- 5%) [szerokośćxgłębokośćxwysokość] | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Stolik medyczny** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  | | Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 6 – Wózek reanimacyjny 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr**  **oferowany** |
| **I.** | **Wózek reanimacyjny** |  |  |
| 1. | Wymiary zewnętrzne wózka bez wyposażenia  szerokość 690 mm (+/- 5%)  głębokość 518 mm (+/- 5%)  Wysokość wózka (mm) 1006 mm(+/- 5%) | Tak |  |
| 2. | Konstrukcja wózka wykonana ze stali lakierowanej proszkowo, Aluminiowa rama wózka | Tak |  |
| 3. | blat główny wykonany z tworzywa abs (styren-butadien-akrylonitryl) | Tak |  |
| 4. | Cztery koła o średnicy minimum 125 mm | Tak |  |
| 5. | układ jezdny składający się z czterech kół antystatycznych w przeciwpyłowej obudowie dwa koła wyposażone w hamulec, jedno wyposażone w blokadę kierunku jazdy | Tak |  |
| 6. | Pięć szuflad na prowadnicach łożyskowych | Tak |  |
| 7. | Dolna szuflada o wym: 569 x 398 x 234mm (+/- 5%) | Tak |  |
| 8. | Dwie Środkowe szuflady o wym: 569 x 398 x 155mm (+/- 5%) | Tak |  |
| 9. | Dwie górne szuflady o wym: 569 x 398 x 76mm (+/- 5%) | Tak |  |
| 10. | Całkowite wysunięcie szuflady 100,00% | Tak |  |
| 11. | System samodomykających się szuflad, | Tak |  |
| 12. | Ładowność jednej szuflady minimum 25 kg | Tak |  |
| 13. | 2 (dwie) Szuflady wyposażone w wyciągane tworzywowe podziałki z możliwością dowolnej konfiguracji przegród – rozwiązanie pozwalające na segregowanie zawartości szuflad. | Tak |  |
| 14. | wózek wyposażony w ergonomiczny uchwyt do przetaczania możliwy do zainstalowania z obydwóch stron wózka zależnie od preferencji użytkownika | Tak |  |
| 15. | blat z burtami zabezpieczającymi z trzech stron | Tak |  |
| 16. | wysuwany dodatkowy blat do pisania z tworzywa ABS, o udźwigu min. 5 kg o wym: 455 x 360 mm (+/- 5%) | Tak |  |
| 17. | pierwsza szuflada posiada dodatkowe zamknięcie na plombę lub kłódkę | Tak |  |
| 18. | wózek wyposażony w obrotowy uchwyt na defibrylator z możliwością obrotu 360°, regulacją szerokości oraz wysokości. Posiada dwa regulowane pasy do mocowania urządzeń. o wym: 355 x 355 ~ 415mm (+/- 5%) | Tak |  |
| 19. | wieszak na płyny infuzyjne z dwoma haczykami | Tak |  |
| 20. | uchwyt na butlę tlenową o wym: 145 x 125 x 403mm (+/- 5%) | Tak |  |
| 21. | uchwyt na pojemnik na ostre przedmioty w kształcie koszyka o wym:  105 x 130 x 215mm (+/- 5%) | Tak |  |
| 22. | płytę do przeprowadzania RKO montowaną na tylnej ścianie wózka o wym: 440 x 510 x 10mm (+/- 5%) | Tak |  |
| 23. | akcesoria instalowane na szynach aluminiowych umożliwiających dowolną aranżacje elementów wyposażenia | Tak |  |
| 24. | Listwa odbojowa znajdująca się u podstawy wszystkich 4 ścian wózka | Tak |  |
| 25. | Wózek w kolorze czerwonym |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Wózek reanimacyjny** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  | | Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 7 – Wózek oddziałowo-zabiegowy 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr**  **oferowany** |
| **I.** | **Wózek oddziałowo-zabiegowy** |  |  |
| 1. | wysokość: 90,5cm (+/- 5%)  szerokość: 42,5cm(+/- 5%)  długość: 64,5cm(+/- 5%) | Tak |  |
| 2. | wyposażony w trzy zdejmowane tace z tworzywa, worek foliowy na odpady z przykrywką oraz druciany kosz | Tak |  |
| 3. | stelaż w kolorze białym lakierowany farbą proszkową | Tak |  |
| 4. | wyposażony w cztery kółka w tym dwa z hamulcem. | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | | Wartość brutto |
| **1.** | **Wózek oddziałowo-zabiegowy** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | | 0,00 zł |
| Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** | |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 8 – RTG z ramieniem C 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru wymaganego/ granicznego** | **Wartość wymagana/graniczna** | **Wartość oferowana** | **Punktacja** |
| I. RAMIĘ C | | | | |
|  | Głębokość ramienia C (odległość między osią wiązki a wewnętrzną powierzchnią ramienia C) | ≥ 70 cm |  | ≥ 72 cm – 5 pkt  < 72 cm – 0pkt |
|  | Odległość SID | ≥ 107 cm |  | ≥ 110 cm – 5 pkt  < 110 cm – 0pkt |
|  | Prześwit ramienia C (odległość między detektorem a lampą RTG) | ≥ 83 cm |  | ≥ 85 cm – 5 pkt  <85 cm – 0pkt |
|  | Zakres ruchu ramienia C wzdłuż | ≥ 20 cm |  | Bez punktacji |
|  | Zakres ruchu pionowego ramienia C | ≥ 45 cm |  | Bez punktacji |
|  | Zakres ruchu orbitalnego ramienia C | ≥ 140° |  | Bez punktacji |
|  | Zakres rotacji ramienia C (ruch wokół osi poziomej) | ≥ ±225° |  | Bez punktacji |
|  | Zakres obrotu ramienia C wokół osi pionowej (wychylenie) | ≥ ±10° |  | ≥ 12° – 5 pkt  <12° – 0pkt |
|  | Zmotoryzowany ruch ramienia C w pionie | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Urządzenie zabezpieczające przed najeżdżaniem na leżące przewody | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wielofunkcyjna pojedyncza dźwignia służąca jako hamulec oraz sterowanie kołami aparatu | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Hamulce ruchów ramienia C: orbitalnego, rotacyjnego, wzdłużnego i obrotu wokół osi pionowej z odpowiadającymi im skalami, oznaczone różnymi kolorami w celu łatwiejszej komunikacji w sali operacyjnej | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Obsługa hamulców (zwalnianie i blokowanie) min. ruchów orbitalnego, rotacyjnego, wzdłużnego i obrotu wokół osi pionowej bezpośrednio przy detektorze | Tak/Nie |  | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Uchwyt przy detektorze do ręcznego manipulowania ramieniem C | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Obrotowy, kolorowy panel dotykowy na ramieniu C min. 12” do sterowania funkcjami aparatu (min. kolimacją, ustawieniami generatora, ustawieniami parametrów obrazu) z podglądem min. LIH  Rozdzielczość panelu dotykowego ≥ 1200 x 800 pikseli | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Wyświetlanie na panelu przy ramieniu C aktualnego kąta ruchu orbitalnego i rotacji | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość zapamiętania podczas zabiegu ustawienia kątowego ramienia C tj. pamięć pozycji dla co najmniej kątów ruchu orbitalnego i rotacji | Tak/Nie |  | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Przycisk bezpieczeństwa wyłączający natychmiast aparat lub wyłączający min. ruch silnikowy i promieniowanie | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Szerokość wózka z ramieniem C | ≤ 85 cm |  | Bez punktacji |
| II. GENERATOR | | | | |
|  | Generator wysokiej częstotliwości o maksymalnej częstotliwości pracy min. 15 kHz | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalna moc generatora RTG zgodnie z normą IEC 60601-2-54 | ≥ 10 kW |  | Brak punktacji |
|  | Fluoroskopia pulsacyjna – dostępne częstotliwości | Co najmniej w zakresie  1 p/s - 25 p/s |  | ≥ 30 p/s – 5 pkt;  <30 p/s – 0 pkt |
|  | Radiografia cyfrowa | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalne napięcie w trybie fluoroskopii i radiografii | ≥ 120 kV |  | ≥ 125 kV – 5 pkt;  < 125 kV – 0 pkt |
|  | Maksymalne natężenie prądu dla fluoroskopii pulsacyjnej | ≥ 100 mA |  | Bez punktacji |
|  | Minimalne natężenie prądu dla fluoroskopii pulsacyjnej | ≤ 5 mA |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalny prąd dla radiografii cyfrowej | ≥ 100 mA |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczny dobór parametrów fluoroskopii | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie 230V +/-10%, 50Hz | Tak |  | Bez punktacji |
| **III. LAMPA I KOLIMATORY** | | | | |
|  | Lampa z wirującą anodą typu monoblok (nie dopuszcza się kabli wysokiego napięcia w konstrukcji ramienia C poza monoblokiem) | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Lampa min. 2-ogniskowa | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wielkość małego ogniska | ≤ 0,3 |  | ≤ 0,2 – 10 pkt;  >0,2 – 0 pkt |
|  | Wielkość dużego ogniska | ≤ 0,6 |  | ≤ 0,5 – 10 pkt;  >0,5 – 0 pkt |
|  | Pojemność cieplna anody | ≥ 350 kHU |  | Bez punktacji |
|  | Szybkość chłodzenia anody | ≥ 75 kHU/min |  | ≥ 90 kHU/min – 10 pkt;  <90 kHU/min – 0 pkt, |
|  | Pojemność cieplna zespołu lampy/kołpaka lampy (w zależności od terminologii producenta) | ≥ 5000 kHU |  | ≥ 10 000 kHU – 10 pkt;  < 10 000 kHU – 0 pkt |
|  | Szybkość chłodzenia zespołu lampy/kołpaka lampy (w zależności od terminologii producenta) | ≥ 100 kHU/min |  | ≥ 150 kHU/min – 10 pkt;  <150 kHU/min – 0 pkt, |
|  | System aktywnego chłodzenia (dodatkowy układ chłodzenia cieczą, oprócz chłodzenia olejem) Układ zamknięty wbudowany wewnątrz aparatu bez zewnętrznych radiatorów i wentylatorów. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Kolimator szczelinowy z rotacją | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Kolimator prostokątny | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Ustawienie kolimatorów z podglądem bez promieniowania (na obrazie zamrożonym z wyświetlaniem aktualnego położenia krawędzi przesłon) | Tak |  | Bez punktacji |
| **IV. DETEKTOR I TOR OBRAZOWY** | | | | |
|  | Wielkość detektora | ≥ 20 cm x 20 cm |  | Bez punktacji |
|  | Obraz z detektora wyświetlany na monitorach jako prostokątny (nie ograniczany do koła lub przycinany) | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Detektor w technologii półprzewodnikowej | Tak, podać technologię |  | Bez punktacji |
|  | Liczba pól obrazowych | ≥ 3 |  | Bez punktacji |
|  | Rozdzielczość (matryca detektora) | ≥ 1024x1024 pikseli |  | Bez punktacji |
|  | Dynamika obrazu z detektora | ≥ 16 bitów |  | Bez punktacji |
|  | Wydajność kwantowa detekcji (DQE) przy 1 pl/mm | ≥ 55% |  | Bez punktacji |
|  | Kratka przeciwrozproszeniowa min. 40 linii/cm | Tak |  | ≥ 70 linii/cm – 5 pkt  < 70 linii/cm – 0 pkt |
|  | Kratka przeciwrozproszeniowa wyciągana bez użycia narzędzi | Tak |  | Bez punktacji |
| **V. SYSTEM CYFROWEJ OBRÓBKI OBRAZU I PAMIĘĆ** | | | | |
|  | Matryca przetwarzania obrazów | ≥ 1024x1024 |  | Bez punktacji |
|  | Liczba pamiętanych obrazów | ≥ 100 000 |  | ≥ 150 000 – 5 pkt  < 150 000 – 0 pkt |
|  | Funkcja „Last Image Hold” | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Pomiar odległości i kątów | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość nanoszenia graficznych oznaczeń (np. odejścia naczyń), które są następnie wyświetlane na obrazie „live”w celu lepszej orientacji | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wyświetlanie mozaiki min. 16 obrazów | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Obraz lustrzany | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Obrót obrazu | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Obrót obrazu z utrzymaniem prostokątnego pola obrazowania Full View lub równoważna (bez ograniczenia obrazu do koła) przy każdym zastosowanym kącie obrotu | Tak/Nie, opisać |  | Tak – 10 pkt  Nie (obrót obrazu z ograniczeniem pola obrazowania do koła w jakimkolwiek przypadku) – 0 pkt |
|  | System wpisywania danych pacjenta | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Funkcja nagrywania sekwencji fluoroskopowych | Tak |  | Bez punktacji |
| **VI. WÓZEK Z MONITORAMI** | | | | |
|  | Liczba monitorów kolorowych | ≥ 2 |  | Bez punktacji |
|  | Przekątna ekranu min. 19" | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalna luminancja monitorów | ≥ 600 cd/m2 |  | Bez punktacji |
|  | Luminancja monitorów kalibrowana zgodnie z krzywą DICOM | ≥ 400 cd/m2 |  | Bez punktacji |
|  | Kontrast monitorów | ≥ 600:1 |  | Bez punktacji |
|  | Obrót monitorów wokół osi pionowej względem podstawy wózka o min. 180° | Tak/Nie |  | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  | Możliwość regulacji wysokości monitorów w zakresie min. 15 cm | Tak/Nie |  | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  | Wskaźnik włączonego promieniowania na wózku z monitorami | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość wprowadzania danych pacjentów poprzez panel dotykowy na wózku z monitorami | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wyjście DVI - możliwość podłączenia zewnętrznych monitorów | TAK |  | Bez punktacji |
| **VII. ŚRODKI DOKUMENTACYJNE I ARCHIWIZACYJNE** | | | | |
|  | Interfejs sieciowy DICOM obsługujący funkcje min:  - DICOM Send  - DICOM Storage Commitment  - DICOM Print  - DICOM Worklist | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Port USB i nagrywarka CD/DVD - zapis obrazów w formacie umożliwiającym odtworzenia zdjęć na dowolnym komputerze bez konieczności posiadania dodatkowego oprogramowania | Tak |  | Bez punktacji |
|  | UPS wbudowany w wózek z monitorami, zabezpieczający co najmniej dane obrazowe podczas zaniku zasilania | Tak/Nie |  | Tak – 5 pkt  Nie – 0 pkt |
| **VIII. WYPOSAZENIE DODATKOWE** | | | | |
|  | Przycisk nożny do wyzwalania fluoroskopii/akwizycji | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Zintegrowany system monitorowania i wyświetlania dawki RTG | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Celownik laserowy po stronie detektora | Tak |  | Bez punktacji |
| **IX. INNE** | | | | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Certyfikat CE lub deklaracja zgodności na całe urządzenie | Tak |  | Bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **RTG z ramieniem C** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  | | Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 9 – Respirator 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru wymaganego/ granicznego** | **Wartość wymagana/graniczna** | **Wartość oferowana** | **Punktacja** |
| **Wymagania ogólne respiratora** | | | | |
|  | Respirator przeznaczony do wentylacji dorosłych i dzieci. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Waga respiratora do 4 kg. | TAK  PODAĆ |  | Bez punktacji |
|  | Respirator odporny na wstrząsy . | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Respirator o stopniu ochronyprzed wnikaniem  ciał stałych oraz wody: min. IP34. | TAK  PODAĆ |  | Bez punktacji |
|  | Respirator z możliwością zasilania z zewnętrznego źródła DC o napięciu od 12 do 24 V umożliwiające zastosowanie respiratora w ambulansie oraz transporcie lotniczym. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Obsługa poprzez pokrętło i ekran dotykowy. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Obsługa i komunikaty w języku polskim. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Kolorowy, pojedynczy ekran o przekątnej min. 8” rozdzielczość min. 640x 480 px. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | System testów sprawdzających działanie respiratora. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowany składany uchwyt/rączka do przenoszenia. | TAK |  | Bez punktacji |
| **Zasilanie Pneumatyczne** | | | | |
|  | Własne zasilanie w powietrze z wbudowanej w aparat turbiny. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie w tlen z sieci szpitalnej o ciśnieniu min. 2,8 do 6 bar oraz wejście niskociśnieniowe od 0 do 1,5 bar i przepływie do 15 l/min. | TAK |  | Bez punktacji |
| **Zasilanie Elektryczne** | | | | |
|  | Zasilanie AC 220-240 V, 50/60Hz. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Awaryjne zasilane akumulatorowe do podtrzymania pracy respiratora na minimum 2 godziny. | TAK  PODAĆ |  | Bez punktacji |
|  | Czas ładowania akumulatora wewnętrznego podczas stand-by max. 2,5 godziny. | TAK |  | Bez punktacji |
| **Tryby wentylacji** | | | | |
|  | Wentylacja objętościowa wymuszona i asystująca z przepływem: stałym oraz opadającym. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wentylacja ciśnieniowa wymuszona i asystująca. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | SIMV z PS. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wentylacja PSV. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | CPAP. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość programowania westchnięć. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wentylacja bezdechu z regulacją objętości, częstości oddechowej oraz czasu reakcji. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wentylacja nieinwazyjna przez maskę NIV. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pauza wdechowa oraz wydechowa. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Funkcja tlenoterapii (nie będąca trybem wentylacji) umożliwiająca podaż pacjentowi mieszanki powietrze/O2 ookreślonym - regulowanym przez użytkownika poziomie przepływu oraz wartości FiO2 | TAK  PODAĆ |  | Spełnienie wymagań – 0 pkt.  Regulacja przepływu powyżej 60 l/min – 10 pkt. |
|  | Możliwość rozbudowy o tryb wentylacji na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP, Duo Levels | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość rozbudowy o tryb wentylacji PRVC, tryb wentylacji ze zmiennym ciśnieniem i docelową objętością oddechową | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość rozbudowy o tryb CPV – tryb łączący w wentylację i funkcje przystosowane do resuscytacji krążeniowo – oddechowej, mający zastosowanie u pacjentów z zawałem serca.  Pomiar min.  - częstotliwość uścisków obliczona przez respirator  - Maksymalne wahania ciśnienia wywołanego uściskami klatki piersiowej (cmH2O) | TAK/NIE  PODAĆ |  | NIE – 0 pkt.  TAK – 40 pkt. |
| **Parametry regulowane** | | | | |
|  | Częstość oddechów min.: 1-80 odd./min. | TAK  PODAĆ |  | Bez punktacji |
|  | Objętość pojedynczego oddechu min.: 20 – 2000 ml. | TAK  PODAĆ |  | Bez punktacji |
|  | Regulowany czas wdechu zakres minimalny od 0,3 do 5,0 sek. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Regulowany stosunek I:E min. 1:9 do 1:1 lub stosunek Ti:Ttot min. 10% - 50%. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja stężenia tlenu w zakresie od 21 do 100 %O2. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Ciśnienie wspomagania min. od 5 do 40cmH2O. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta min. 1-10 l/min. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Regulowane kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybach spontanicznych min. 20-80% przepływu szczytowego. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Ciśnienie PEEP min. od 0 do 20 cmH2O. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Ciśnienie wdechowe min. 5 – 50 cmH2O. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Przepływ szczytowy min. 220 l/min. | TAK/NIE  PODAĆ |  | NIE – 0 pkt.  TAK – 10 pkt. |
| **Obrazowanie mierzonych parametrów wentylacji** | | | | |
|  | Aktualnie prowadzony tryb wentylacji. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Rzeczywista całkowita częstość oddechowa. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Objętość pojedynczego oddechu (wdechowa i wydechowa). | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Rzeczywista objętość wentylacji minutowej (wydechowa). | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Ciśnienie szczytowe. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Ciśnienie średnie. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Ciśnienie Plateau. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Ciśnienie PEEP. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | % Przeciek. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pomiar stosunku I:E lub Ti:Ttot. |  |  | Bez punktacji |
|  | Trendy mierzonych parametrów z min. 60 godz.Zapisywane parametry min.: RR, VTi, VMi, VTe, VMe, Pplat, Pszczyt, Pśred, PEEP, TI/Ttot, Przeciek, FiO₂. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Integralny pomiar stężenia tlenu. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość automatycznego nastawienia granic alarmowych względem bieżących parametrów wentylacji. | TAK |  | Bez punktacji |
| **Prezentacja graficzna** | | | | |
|  | Prezentacja na ekranie parametrów nastawianych i mierzonych, oraz krzywych dynamicznych | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Jednoczesne wyświetlanie min. 2 krzywych dynamicznych z pośród:przepływ/czas, ciśnienie/czas, objętość/czas. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Okno monitorowania: możliwość przejścia w jednym kroku do okna monitorowania pozwalającego na obserwację powiększonych krzywych dynamicznych oraz podstawowych parametrów wentylacji. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość zamrożenia krzywych do ich analizy (pozwala min. na pomiar różnicy wartości między dwoma wybranymi przez użytkownika punktami wyświetlanych krzywych). | TAK |  | Bez punktacji |
| **Alarmy** | | | | |
|  | Braku zasilania w energię elektryczną. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Niskiego ciśnienia lub rozłączenia pacjenta. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Stężenia tlenu min/max. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Za wysokiej częstości oddechowej. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zbyt wysokiego ciśnienia szczytowego. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Alarm bezdechu. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Awaria zasilania w tlen. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zatkania gałęzi wydechowej. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Rozładowanie akumulatora. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Dziennik zdarzeń i alarmów zapamiętujący min. 200 ostatnich zdarzeń wraz z opisem. | TAK |  | Bez punktacji |
| **Inne wymagania** | | | | |
|  | Możliwość konfigurowania jasności ekranu, poziomu głośności alarmów. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość rozbudowy o zintegrowany w respiratorze pomiar CO2 wraz z prezentacją parametrów na ekranie respiratora. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Respirator wyposażony w protokół pozwalający na przysłanie parametrów wentylacji, alarmów i pomiarów do systemów HIS po integracji. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Funkcja obrotu obrazu ekranu o 180° ułatwiająca obsługę podczas transportu. | TAK/NIE  PODAĆ |  | NIE – 0 pkt.  TAK – 10 pkt. |
|  | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą nastawianych parametrów | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Cicha praca urządzenia: poniżej 55 dB (A) - w odległości 1 m od urządzenia | TAK/NIE  PODAĆ |  | NIE –0 pkt.  TAK – 10 pkt. |
| **Wyposażenie** | | | | |
|  | Wielorazowa zastawka wydechowa z czujnikiem przepływu wydechowego x 2 szt. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Torba transportowa x 1 szt. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Mocowanie na ramę łóżka x 1 szt. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą | TAK |  | Bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Respirator** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  | | Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*