|  |
| --- |
| **Zadanie 1 – Kolposkop z kamerą** |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:  |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji:  |  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Potwierdzenie** |
| DANE TECHNICZNE |
| 1 | Zmieniacz powiększeń minimum trzypozycyjny, osiąganie powiększenie minimum 3,75x/7,5x/15x | TAK |  |
| 2 | Ogniskowa stereoskopowa 200 – 300 mm | TAK |  |
| 3 | Średnica pola widzenia 80-13 mm | TAK |  |
| 4 | Głębia ostrości ok. 5 mm – 0,7 mm | TAK |  |
| 5 | Oświetlenie nie powodujące poparzeń (zimne światło), LED, z regulacją mocy światła, natężenie światła w polu zabiegowym minimum 25 000 lx | TAK |  |
| 6 | Zakres przesuwu kolposkopu w pionie 950 mm – 1250 mm | TAK |  |
| 7 | Podstawa jezdna (kółka z hamulcami) | TAK |  |
| 8 | Filtry optyczne wbudowane w tor optyczny: zielony - bezczerwienny  | TAK |  |
| 9 | Wbudowana kamera | TAK |  |
| 10 | Wbudowane okręgi pomiarowe | TAK |  |
| 11 | Zasilanie sieciowe | TAK |  |
| 12 | Płynny obrót 360o | TAK |  |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA |
| 13 | wykaz części zamiennych wraz z numerami katalogowymi | TAK |  |
| 14 | folder, potwierdzający jednoznacznie spełnienie wymaganych parametrów, dołączony do oferty | TAK |  |
| 15 | wykonanie przeglądu technicznego na dwa tygodnie przed końcem gwarancji w cenie dostawy | TAK |  |
| 16 | fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia | TAK |  |
| 17 | wszystkie wymieniane materiały zużywalnefabrycznie nowe | TAK |  |
| 18 | Szkolenie personelu | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji**  |
| 19 | Okres gwarancji  |  | < 24 miesięcy – 0 pkt≥ 24 miesięcy – 20 pkt |
| 20 | Serwis  |  | Tak – 20 pktNie – 0 pkt |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **Zadanie 2 – Diatermia elektrochirurgiczna do zabiegów ginekologicznych** |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:  |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji:  |  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Potwierdzenie** |
| DANE TECHNICZNE |
| 1 | Zestaw pracujący w trybach monopolarnym i bipolarnym z wykorzystaniem osprzętu wielorazowego użytku. | TAK |  |
| 2 | Maksymalna moc wyjściowa cięcia monopolarnego do 100 W dla każdego z rodzajów cięcia. | TAK |  |
| 3 | Odporność urządzenia na impuls defibrylacji. | TAK |  |
| 4 | Maksymalna moc koagulacji monopolarnej 80 W | TAK |  |
| 5 | Maksymalna moc dla koagulacji bipolarnej 50 W | TAK |  |
| 6 | Panel sterowania z podziałem na część dla ustawień parametrów cięcia i dla parametrów koagulacji oraz część informacyjną. | TAK |  |
| 7 | Regulacja parametru mocy z krokiem, co 1W w całym zakresie regulacji.  | TAK |  |
| 8 | Urządzenie wyposażone w funkcję dodatkowej ochrony pacjenta przed poparzeniem w miejscu aplikacji elektrody neutralnej, uwzględniająca m. in. Wielkość elektrody, dawkowaną moc, własności skóry stosowaną przy zabiegach u dzieci w różnym wieku.  | TAK |  |
| 9 | Liczba i rodzaj niezależnie działających gniazd przyłączeniowych:- monopolarne – minimum 1 szt.- bipolarne - minimum 1 szt- elektrody neutralnej - minimum 1 szt. | TAK |  |
| 10 | Automatyczna aktywacja narzędzi bipolarnych: tzw. funkcja Auto-Start | TAK |  |
| 11 | Waga urządzenia: maksymalnie 5,5 kg. | TAK |  |
| 12 | Uniwersalne gniazdo monopolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie przewodów z wtyczkami jednopinowymi 4mm i 5mm oraz trzypinowych bez żadnych dodatkowych łączników, adapterów itp.  | TAK |  |
| 13 | Monitor jakości poprawnego przylegania elektrody neutralnej o niezależnej orientacji z odseparowanym pierścieniem potencjału | TAK |  |
| 14 | Uniwersalne gniazdo bipolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie przewodów z pojedynczymi wtyczkami okrągłymi oraz dwupinowych bez żadnych dodatkowych łączników, adapterów itp. | TAK |  |
| 15 | Koagulacja monopolarna kontaktowa: delikatna oraz intensywna. | TAK |  |
| 16 | Koagulacja bipolarna delikatna. | TAK |  |
| 17 | Cięcie monopolarne: 2 rodzaje | TAK |  |
| 18 | Aktywacja funkcji bipolarnej: pedał nożny i automatycznie | TAK |  |
| 19 | Możliwość jednoczesnego podłączenia narzędzi: rączki monopolarnej, narzędzi bipolarnych | TAK |  |
| 20 | Pamięć 4 indywidualnych programów i możliwość ich zapisania. | TAK |  |
| WYPOSAŻENIE |
| 14 | Rączka wielorazowa uchwytu monopolarna z przyciskami cięcie / koagulacja i kablem dł. 4 m – 3 szt. | TAK |  |
| 15 | Wielorazowa elektroda monopolarna, pętlowa dł. 13,5 cm śr. 15 mm – 2 szt | TAK |  |
| 16 | Wielorazowa elektroda monopolarna, pętlowa dł. 14 cm śr. 20 mm – 2 szt | TAK |  |
| 17 | Wielorazowa elektroda monopolarna, pętlowa, śr 4 mm – 2 szt | TAK |  |
| 18 | Jednorazowa, przyklejana, dwudzielna o równych, symetrycznych powierzchniach elektroda neutralna z odizolowanym elektrycznie pierścieniem potencjału w opakowaniu 50 szt. – 1 op | TAK |  |
| 19 | Wielorazowy przewód do elektrody neutralnej dł. 4 m – 1 szt. | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji**  |
| 20 | Okres gwarancji  |  | < 24 miesięcy – 0 pkt≥ 24 miesięcy – 20 pkt |
| 21 | Serwis  |  | Tak – 20 pktNie – 0 pkt |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **Zadanie 3 – Diatermia elektrochirurgiczna do zabiegów dziecięcych** |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:  |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji:  |  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Potwierdzenie** |
| DANE TECHNICZNE |
| 1 | Zestaw pracujący w trybach monopolarnym i bipolarnym z wykorzystaniem osprzętu wielorazowego użytku. | TAK |  |
| 2 | Maksymalna moc wyjściowa cięcia monopolarnego do 100 W dla każdego z rodzajów cięcia. | TAK |  |
| 3 | Odporność urządzenia na impuls defibrylacji. |  |  |
| 4 | Maksymalna moc koagulacji monopolarnej 80 W | TAK |  |
| 5 | Maksymalna moc dla koagulacji bipolarnej 50 W |  |  |
| 6 | Panel sterowania z podziałem na część dla ustawień parametrów cięcia i dla parametrów koagulacji oraz część informacyjną. |  |  |
| 7 | Regulacja parametru mocy z krokiem, co 1W w całym zakresie regulacji.  | TAK |  |
| 8 | Urządzenie wyposażone w funkcję dodatkowej ochrony pacjenta przed poparzeniem w miejscu aplikacji elektrody neutralnej, uwzględniająca m. in. Wielkość elektrody, dawkowaną moc, własności skóry stosowaną przy zabiegach u dzieci w różnym wieku.  | TAK |  |
| 9 | Liczba i rodzaj niezależnie działających gniazd przyłączeniowych:- monopolarne – minimum 1 szt.- bipolarne - minimum 1 szt- elektrody neutralnej - minimum 1 szt. | TAK |  |
| 10 | Automatyczna aktywacja narzędzi bipolarnych: tzw. funkcja Auto-Start | TAK |  |
| 11 | Waga urządzenia: maksymalnie 5,5 kg. | TAK |  |
| 12 | Uniwersalne gniazdo monopolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie przewodów z wtyczkami jednopinowymi 4mm i 5mm oraz trzypinowych bez żadnych dodatkowych łączników, adapterów itp.  | TAK |  |
| 13 | Monitor jakości poprawnego przylegania elektrody neutralnej o niezależnej orientacji z odseparowanym pierścieniem potencjału | TAK |  |
| 14 | Uniwersalne gniazdo bipolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie przewodów z pojedynczymi wtyczkami okrągłymi oraz dwupinowych bez żadnych dodatkowych łączników, adapterów itp. | TAK |  |
| 15 | Koagulacja monopolarna kontaktowa: delikatna oraz intensywna. | TAK |  |
| 16 | Koagulacja bipolarna delikatna. | TAK |  |
| 17 | Cięcie monopolarne: 2 rodzaje |  |  |
| 18 | Aktywacja funkcji bipolarnej: pedał nożny i automatycznie |  |  |
| 19 | Możliwość jednoczesnego podłączenia narzędzi: rączki monopolarnej, narzędzi bipolarnych |  |  |
| 20 | Pamięć 4 indywidualnych programów i możliwość ich zapisania. |  |  |
|  |
|  | Rączka wielorazowa uchwytu monopolarna z przyciskami cięcie / koagulacja i kablem dł. 4 m – 2 szt. | TAK |  |
|  | Wielorazowa elektroda monopolarna kulkowa prosta śr. 3 mm – 2 szt. | TAK 4 mm |  |
|  | Wielorazowa elektroda monopolarna szpatułkowa prosta śr. 3 mm – 2 szt. | TAK |  |
|  | Wielorazowa pinceta bipolarna prosta dł. 16,5 cm, końcówka 1,0 mm – 1 szt. | TAK |  |
|  | Wielorazowy przewód do narzędzi bipolarnych dł. 4 m – 1 szt. | TAK |  |
|  | Jednorazowa, przyklejana, dwudzielna o równych, symetrycznych powierzchniach elektroda neutralna z odizolowanym elektrycznie pierścieniem potencjału w opakowaniu 50 szt. – 1 op. | TAK |  |
|  | Wielorazowy przewód do elektrody neutralnej dł. 4 m – 1 szt | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji**  |
| 21 | Okres gwarancji  |  | < 24 miesięcy – 0 pkt≥ 24 miesięcy – 20 pkt |
| 22 | Serwis  |  | Tak – 20 pktNie – 0 pkt |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **Zadanie 4 – Mobilne urządzenie do badania nosogardzieli – elektroniczna szpatułka laryngologiczna** |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:  |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji:  |  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Potwierdzenie (TAK / NIE)** |
| DANE TECHNICZNE |
| 1 | Szpatułka laryngologiczna do wideodiagnostyki górnych dróg oddechowych z dodatkową przystawką otoskopową do badania ucha | TAK |  |
| 2 | Minikamera video pozwalająca na uzyskanie obrazu z rodzielczością ok. 800-600 pikseli | TAK |  |
| 3 | Przesyłanie obrazu ze szpatułki do bazy drogą radiową | TAK |  |
| 4 | Zasilanie kamery bezprzewodowo | TAK |  |
| 5 | Pojemność akumulatora pozwalająca na godzinną prace | TAK |  |
| 6 | Ogrzewanie szpatułki umożliwiające utrzymanie stałej temperatury ok 38oC | TAK |  |
| 7 | Wersja nabiurkowa bez stroboskopii | TAK |  |
| 8 | Baza szpatułki umożliwia przesyłanie obrazu do komputera | TAK |  |
| 9 | Możliwość rejestracji oraz przesyłania filmów drogą elektroniczną | TAK |  |
| 10 | Brak konieczności sterylizacji części aplikacyjnej | TAK |  |
| 11 | Oprogramowanie umożliwiające podgląd badania na ekranie monitora, jego nagranie, edytowanie i archiwizowanie | TAK |  |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA |
| 12 | Urządzenie posiada deklarację zgodności CE  | TAK |  |
| 13 | Deklaracja lub certyfikat zgodności na przedmiot oferty, wystawiony przez uprawniony podmiot, zgodne z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 14 | Materiały informacyjne na temat przedmiotu oferty (prospekty, broszury, dane techniczne itp. – w języku polskim), w których zaleca się zaznaczanie wymaganych parametrów | TAK |  |
| 15 | Przedmiot oferty kompletny, po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów | TAK |  |
| 16 | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nie powystawowy, nie demonstracyjny | TAK |  |
| 17 | Dołączona instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji**  |
| 18 | Okres gwarancji  |  | < 12 miesięcy – 0 pkt≥ 12 miesięcy – 20 pkt |
| 19 | Serwis  |  | Tak – 20 pktNie – 0 pkt |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **Zadanie 5 – Stół proktologiczny** |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:  |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji:  |  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Potwierdzenie (TAK / NIE)** |
| DANE TECHNICZNE |
| 1 | Szerokość stołu minimum 60 cm | TAK |  |
| 2 | Długość stołu 190-195 cm | TAK |  |
| 3 | Wysokość regulowana 64-94 cm | TAK |  |
| 4 | Stół wyposażony w układ jezdny umieszczony pod podstawą stołu, niewystający poza jej obrys, z kołami na obrotnicach | TAK |  |
| 5 | Stół segmentowy z napędem elektromechanicznym lub elektrohydraulicznym. | TAK |  |
| 6 | Mechanizm do jazdy kierunkowej uruchamiany za pomocą dźwigni nożnej lub pilota | TAK |  |
| 7 | Dopuszczalne obciążenie stołu min. 200 kg (w każdej przewidzianej i dopuszczalnej pozycji ułożenia pacjenta na blacie stołu) | TAK |  |
| 8 | Mechanizmy mocujące sekcje pod głowę i nogi proste w obsłudze i ergonomiczne | TAK |  |
| 9 | Akumulatory oraz ładowarka wbudowane w stół. | TAK |  |
| 10 | Zasilanie sieciowe oraz akumulatorowe. | TAK |  |
| 11 | Blat w konfiguracji złożonej z segmentów: - segment głowy - segment pleców, - segment siedziska  - segment nóg  | TAK |  |
| 12 | Sterowanie funkcjami stołu za pomocą pilota przewodowego lub bezprzewodowego oraz z panelu sterującego umieszczonego na kolumnie lub podstawie stołu. | TAK |  |
| 13 | Funkcje sterowane za pomocą pilota przewodowego lub bezprzewodowego oraz z panelu sterującego na kolumnie lub podstawie stołu: - włączanie / wyłączanie stołu- góra/dół,- przechyły boczne,- położenie segmentu pleców,- segment nóg,- pozycja „0”,- przesuw wzdłużny,- pozycja odwrócona. | TAK |  |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA |
| 14 | Urządzenie posiada deklarację zgodności CE  | TAK |  |
| 15 | Deklaracja lub certyfikat zgodności na przedmiot oferty, wystawiony przez uprawniony podmiot, zgodne z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 16 | Materiały informacyjne na temat przedmiotu oferty (prospekty, broszury, dane techniczne itp. – w języku polskim), w których zaleca się zaznaczanie wymaganych parametrów | TAK |  |
| 17 | Przedmiot oferty kompletny, po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów | TAK |  |
| 18 | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nie powystawowy, nie demonstracyjny | TAK |  |
| 19 | Dołączona instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji**  |
| 20 | Okres gwarancji  |  | < 12 miesięcy – 0 pkt≥ 12 miesięcy – 20 pkt |
| 21 | Serwis  |  | Tak – 20 pktNie – 0 pkt |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **Zadanie 6 – Tonometr bezkontaktowy**  |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:  |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji:  |  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Potwierdzenie (TAK / NIE)** |
| DANE TECHNICZNE |
| 1 | Tonometr bezkontaktowy z wbudowanym pachymetrem jako sprzężone urządzenie  | TAK |  |
| 2 | Bezkontaktowy pomiar ciśnienia wewnatrzgałkowego | TAK |  |
| 3 | Bezkontaktowy pomiar centralnej grubości rogówki | TAK |  |
| 4 | Rekalkulacja wyniku pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego 0-60 mmHg  | TAK |  |
| 5 | Obsługa w języku polskim | TAK |  |
| 6 | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 7 | APC-automatyczna kontrola podmuchu | TAK |  |
| 8 | Źródło fiksacji – wewnętrzne światło fiksacyjne | TAK |  |
| 9 | Pachymetr bezdotykowy – zakres pomiaru 150- 1300 μm, żródło światła – niebieska dioda LED | TAK |  |
| 10 | Regulacja głowicy za pomocą joysticka | TAK |  |
| 11 | Funkcja automatycznego naprowadzania głowicy w trzech osiach (3D) | TAK |  |
| 12 | Mechanizm zabezpieczający przed przypadkowym zetknięciem głowicy pomiarowej z okiem | TAK |  |
| 13 | Ochrona przed nadmiernym ciśnieniem powietrza | TAK |  |
| 14 | Odległość robocza minimum 11 mm | TAK |  |
| 15 | System stabilizacji głowy pacjenta w postaci regulowanego podbródka | TAK |  |
| 16 | Wyświetlanie wyników pomiaru na kolorowym wyświetlaczu LCD minimum 5” | TAK |  |
| 17 | Automatyczny i manualny pomiar | TAK |  |
| 18 | Automatyczne rozpoznawanie prawego i lewego oka | TAK |  |
| 19 | Wbudowana drukarka termiczna | TAK |  |
| 20 | Posiadanie funkcji automatycznej kalkulacji skompensowanego IOP w oparciu o centralną grubość rogówki  | TAK |  |
| 21 | Zasilanie AC 230 V, 50/60Hz | TAK |  |
| 22 | Możliwość przenoszenia danych do komputera, port USB/RS 232C | TAK |  |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA |
| 23 | Urządzenie posiada deklarację zgodności CE  | TAK |  |
| 24 | Deklaracja lub certyfikat zgodności na przedmiot oferty, wystawiony przez uprawniony podmiot, zgodne z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 25 | Materiały informacyjne na temat przedmiotu oferty (prospekty, broszury, dane techniczne itp. – w języku polskim), w których zaleca się zaznaczanie wymaganych parametrów | TAK |  |
| 26 | Przedmiot oferty kompletny, po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów | TAK |  |
| 27 | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nie powystawowy, nie demonstracyjny | TAK |  |
| 28 | Dołączona instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 29 | Rolki papieru do drukarki 10 szt. |  |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji**  |
| 30 | Okres gwarancji  |  | < 24 miesięcy – 0 pkt≥ 24 miesięcy – 20 pkt |
| 31 | Serwis  |  | Tak – 20 pktNie – 0 pkt |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **Zadanie 7 – Lampa chirurgiczna / zabiegowa LED** |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:  |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji:  |  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Potwierdzenie (TAK / NIE)** |
| DANE TECHNICZNE |
| 1 | Lampa zabiegowa jednokopułowa, montowana do ściany, bezcieniowa.  | TAK |  |
| 2 | Źródło światła: diody LED | TAK |  |
| 3 | Zawieszenie umożliwiające regulację wysokości oraz obrót.  | TAK |  |
| 4 | Diody o kolorystyce zapewniającej światło białe w polu operacyjnym. Wszystkie diody białe o jednakowej temperaturze barwowej.  | TAK |  |
| 5 | Natężenie oświetlenia: minimum 45 000 lx.  | TAK |  |
| 6 | Zawieszenie umożliwiające regulację wysokości oraz obrót. | TAK |  |
| 7 | Lampa z możliwością ogniskowania. | TAK |  |
| 8 | Współczynnik oddawania barw minimum Ra = 95. | TAK |  |
| 9 | Średnia pola operacyjnego płynnie regulowana w zakresie minimum 13-19 cm. | TAK |  |
| 10 | Temperatura barwowa minimum 4200 K. | TAK |  |
| 11 | Zakres pracy bez konieczności ogniskowania minimum 70-140 cm. | TAK |  |
| 12 | Wyposażenie: minimum 2 szt. Sterylizowanych uchwytów.  | TAK |  |
| 13 | Żywotność diody: minimum 40 000 h.  | TAK |  |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA |
| 14 | Urządzenie posiada deklarację zgodności CE  | TAK |  |
| 15 | Deklaracja lub certyfikat zgodności na przedmiot oferty, wystawiony przez uprawniony podmiot, zgodne z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 16 | Materiały informacyjne na temat przedmiotu oferty (prospekty, broszury, dane techniczne itp. – w języku polskim), w których zaleca się zaznaczanie wymaganych parametrów | TAK |  |
| 17 | Przedmiot oferty kompletny, po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów | TAK |  |
| 18 | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nie powystawowy, nie demonstracyjny | TAK |  |
| 19 | Dołączona instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji**  |
| 20 | Okres gwarancji  |  | < 24 miesięcy – 0 pkt≥ 24 miesięcy – 20 pkt |
| 21 | Serwis  |  | Tak – 20 pktNie – 0 pkt |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **Zadanie 8 – Spirometr**  |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:  |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji:  |  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Potwierdzenie (TAK / NIE)** |
| DANE TECHNICZNE |
| 1 | Możliwość wykonywania badań przesiewowych, diagnostyki i monitorowania leczenia chorób układu oddechowego | TAK |  |
| 2 | Parametry mierzone: VC, FEV0.75, FEV1, FEV3, FEV6, FVC, PEF, FEV0.75/VC, FEV0.75/FVC, FEV1/VC, FEV1/FVC, FEV3/VC, FEV3/FVC, FEV0.75/FEV6, FEV1/FEV6, MEF75, MEF50, MEF25, MEF25-75, FEF50/VC, FEF50/FVC, MMEF/FVC, FIV1, FIVC, PIF, FIV1/FIVC, MIF75, FIF50, MIF25, R50, MET25-75, FET, MVV (ind), EVC, IVC, IC, VT, Ti, Te, Ti/Ttot, VT/Ti, IRV, ERV, FR | TAK |  |
| 3 | Brak wymogu kalibracji  | TAK |  |
| 4 | Wbudowana drukarka  | TAK |  |
| 5 | Obsługa w języku polskim | TAK |  |
| 6 | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 7 | Możliwość wykonywania badań przesiewowych, diagnostyki i monitorowania leczenia chorób układu oddechowego | TAK |  |
| 8 | Ilość prób dla badania: 5 dla badania swobodnego VC, 8 dla badania natężonego, 2 badania po podaniu leku | TAK |  |
| 9 | Zasilanie: 100-240 V, 50-60 Hz, akumulatory NiMH 8,4 V, 1Ah | TAK |  |
| 10 | Obliczanie wskaźnika masy ciała (BMI) i skala duszności | TAK |  |
| 11 | Urządzenie przenośne | TAK |  |
| 12 | Oprogramowanie umożliwiające przesył, prezentację, wydruk i archiwizację wyników badań w połączeniu z komputerem  | TAK |  |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA |
| 13 | Urządzenie posiada deklarację zgodności CE  | TAK |  |
| 14 | Deklaracja lub certyfikat zgodności na przedmiot oferty, wystawiony przez uprawniony podmiot, zgodne z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 15 | Materiały informacyjne na temat przedmiotu oferty (prospekty, broszury, dane techniczne itp. – w języku polskim), w których zaleca się zaznaczanie wymaganych parametrów | TAK |  |
| 16 | Przedmiot oferty kompletny, po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów | TAK |  |
| 17 | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nie powystawowy, nie demonstracyjny | TAK |  |
| 18 | Dołączona instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji**  |
| 19 | Okres gwarancji  |  | < 24 miesięcy – 0 pkt≥ 24 miesięcy – 20 pkt |
| 20 | Serwis  |  | Tak – 20 pktNie – 0 pkt |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **Zadanie 9 – Kardiomonitor z pulsoksymetrem**  |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:  |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji:  |  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Potwierdzenie (TAK / NIE)** |
| DANE TECHNICZNE |
| 1 | Kardiomonitor o konstrukcji kompaktowo-modułowej z jednym modułem wieloparamatrowym (EKG, SpO2. NIBP, TEMP) zabudowanym na stałe, wyposażony w rączkę lub uchwyt do przenoszenia. | TAK |  |
| 2 | Zasilanie akumulatorowe i sieciowe.  | TAK |  |
| 3 | Waga maksymalna: 6 kg | TAK |  |
| 4 | Wyświetlacz LED dla parametrów SpO2, NIBP, PR, EKG, TEMP. | TAK |  |
| 5 | Wyświetlacz LCD dla SpO2 pletyzmogramu, fali ECG i parametrów systemowych. | TAK |  |
| 6 | Oprogramowanie w języku polskim. | TAK |  |
| 7 | Kardiomonitor przeznaczony dla dorosłych i dzieci z wyborem grupy pacjenta w menu. | TAK |  |
| 8 | Pomiar NIBP w trybach: automatyczny i ręczny. | TAK |  |
| 9 | Regulacja okresu pomiary automatycznego 1-2-3-4-5-10-15-20-30-40-50-60-90-120-240-480 minut.  | TAK |  |
| 10 | Przycisk szybkiego pomiaru NIBP na obudowie.  | TAK |  |
| 11 | Dedykowany przycisk „zamrożenia” krzywej EKG. | TAK |  |
| 12 | Dedykowany przycisk zmiany odprowadzenia EKG (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V). | TAK |  |
| 13 | Zabezpieczenie przeciw nadmiernemu ciśnieniu w mankiecie. | TAK |  |
| 14 | Możliwość podłączenia do systemu wezwania personelu. | TAK |  |
| 15 | Pamięć mierzonych parametrów: 12, 24, 96 godzinne trendy. | TAK |  |
| 16 | Regulacja głośności z możliwością wyłączenia tonu pulsu. | TAK |  |
| 17 | Alarmy dźwiękowe.  | TAK |  |
| DOKŁADNOŚĆ POMIARU |
| 18 | Zakres pomiaru SpO2: 35-100%. Dokładność pomiaru SpO2 +/- 3% dla zakresu > 70%. Rozdzielczość pomiaru SpO2 1%. | TAK |  |
| 19 | Zakres pomiaru pulsu: 30-240 uderzeń na minutę. Dokładność pomiaru pulsu +/- 2 ud/min. Rozdzielczość pomiaru pulsu 1 ud/min. | TAK |  |
| 20 | Zakres pomiaru tętna: 15-350 ud/min. Dokładność pomiaru tętna +/- 1%. Rozdzielczość pomiaru tętna 1 ud/min. | TAK |  |
| 21 | Zakres pomiaru NIBP:- dorośli: skurczowe 40-275 mmHg, rozkurczowe 10-210 mmHg, średnie 20-230 mmHg;- dzieci: skurczowe 40-200 mmHg, rozkurczowe 10-150 mmHg, średnie 20-165 mmHg | TAK |  |
| 22 | Dokładność pomiaru NIBP +/- 5 mmHg (średni błąd). | TAK |  |
| 23 | Zakres pomiaru temperatury: 25-45oC. Dokładność pomiaru temperatury: +/- 0,2oC. | TAK |  |
| WYPOSAŻENIE |
| 24 | Kabel 3EKG | TAK |  |
| 25 | Czujnik SpO2 | TAK |  |
| 26 | Mankiet NIBP | TAK |  |
| 27 | Czujnik temperatury | TAK |  |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA |
| 28 | Urządzenie posiada deklarację zgodności CE  | TAK |  |
| 29 | Deklaracja lub certyfikat zgodności na przedmiot oferty, wystawiony przez uprawniony podmiot, zgodne z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych. | TAK |  |
| 30 | Materiały informacyjne na temat przedmiotu oferty (prospekty, broszury, dane techniczne itp. – w języku polskim), w których zaleca się zaznaczanie wymaganych parametrów. | TAK |  |
| 31 | Przedmiot oferty kompletny, po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | TAK |  |
| 32 | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nie powystawowy, nie demonstracyjny. | TAK |  |
| 33 | Dołączona instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji**  |
| 34 | Okres gwarancji  |  | < 24 miesięcy – 0 pkt≥ 24 miesięcy – 20 pkt |
| 35 | Serwis  |  | Tak – 20 pktNie – 0 pkt |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **Zadanie 10 – Aparat EKG** |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:  |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji:  |  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Potwierdzenie (TAK / NIE)** |
| DANE TECHNICZNE |
| 1 | Aparat EKG 3, 6-cio i 12-to kanałowy z analizą i interpretacją danych z badań | TAK |  |
| 2 | Tryb pracy: automatyczny i ręczny | TAK |  |
| 3 | Kolorowy wyświetlacz LCD minimum 7” umożliwiający jednoczesne wyświetlanie 12 krzywych EKG | TAK |  |
| 4 | Aparat wyposażony w klawiaturę alfanumeryczną, funkcyjną ora panel dotykowy | TAK |  |
| 5 | Pamięć wewnętrzna do przechowywania minimum 1000 zapisów EKG z możliwością archiwizacji na zewnętrznym nośniku w formacie pdf oraz scp | TAK |  |
| 6 | Aparat wyposażony w minimum 2 porty USB | TAK |  |
| 7 | Możliwość przesyłania wyników badań bezpośrednio z aparatu na dowolny adres e-mail lub inny aparat EKG | TAK |  |
| 8 | Odbiór zleceń w standardzie HL7 na wykonywanie badań EKG, a po wykonaniu zleconego badania do systemu zlecającego | TAK |  |
| 9 | Drukarka wbudowana w aparat:- wydruk na papierze o szerokości minimum 112 mm- prędkość zapisu minimum 5; 10; 25; 50 mm/s- czułość wydruku minimum 2,5; 5; 10; 20 mm/Mv- minimum 5 rolek papieru dostarczone wraz z aparatem | TAK |  |
| 10 | Możliwość wydruku bezpośrednio z aparatu na drukarce zewnętrznej, na papierze formatu A4 | TAK |  |
| 11 | Zasilanie z sieci elektroenergetycznej 230 V, 50 Hz i z wbudowanego w aparat bezobsługowego akumulatora | TAK |  |
| 12 | Sygnalizacja poziomu naładowania akumulatora  | TAK |  |
| 13 | Alarmy dźwiękowe | TAK |  |
| 14 | Automatyczne wykrywanie załamków P, QRS, T oraz pomiar amplitud wszystkich załamków | TAK |  |
| 15 | Pomiar interwałów R-R, P-Q, Q-T oraz czasów trwania P i QRS | TAK |  |
| 16 | Pomiar poziomu i nachylenia odcinka ST | TAK |  |
| 17 | Ciągły pomiar HR | TAK |  |
| 18 | Obliczanie HR, Q-Tc | TAK |  |
| 19 | Obliczanie osi elektrycznych załamków P, QRS, T | TAK |  |
| 20 | Interpretacja załamków P, QRS, T | TAK |  |
| 21 | Wykrywanie implantowanego kardiostymulatora serca | TAK |  |
| WYPOSAŻENIE |
| 22 | Kabel pacjenta – 1 szt. | TAK |  |
| 23 | Elektrody kończynowe – 4 szt. | TAK |  |
| 24 | Elektrody przedsercowe przyssawkowe – 6 szt. | TAK |  |
| 25 | Drukarka laserowa monochromatyczna A4 – 1 szt. | TAK |  |
| 26 | Wózek zapewniający bezpieczne i ergonomiczne zainstalowanie oraz mobilność aparatu z możliwością blokady kół, wyposażony w minimum jeden pojemnik na akcesoria oraz półkę na drukarkę zewnętrzną.  | TAK |  |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA |
| 27 | Deklaracja lub certyfikat zgodności na przedmiot oferty, wystawiony przez uprawniony podmiot, zgodne z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 28 | Materiały informacyjne na temat przedmiotu oferty (prospekty, broszury, dane techniczne itp. – w języku polskim), w których zaleca się zaznaczanie wymaganych parametrów | TAK |  |
| 29 | Przedmiot oferty kompletny, po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów | TAK |  |
| 30 | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nie powystawowy, nie demonstracyjny | TAK |  |
| 31 | Dołączona instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 32 | Nieodpłatne szkolenie wybranego personelu Zamawiającego w zakresie użytkowania oferowanego sprzętu | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji**  |
| 33 | Okres gwarancji  |  | < 24 miesięcy – 0 pkt≥ 24 miesięcy – 20 pkt |
| 34 | Serwis  |  | Tak – 20 pktNie – 0 pkt |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **Zadanie 11 – Monitor funkcji życiowych pacjenta (aparat do RR) z pulsoksymetrem na stojaku**  |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:  |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji:  |  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Potwierdzenie (TAK / NIE)** |
| DANE TECHNICZNE |
| 1 | Monitor o budowie modułowej z możliwością wyboru potrzebnych parametrów.  | TAK |  |
| 2 | Automatyczny, zintegrowany system pomiaru: ciśnienia, temperatury, pulsoksymetrii. | TAK |  |
| 3 | Waga urządzenia: maksymalnie 3 kg. | TAK |  |
| 4 | Uchwyt umożliwiający łatwe przenoszenie. | TAK |  |
| 5 | Możliwość montażu urządzenia na ruchomym stojaku. | TAK |  |
| 6 | Stojak  | TAK |  |
| 7 | Zasilanie: sieciowe i akumulatorowe.  | TAK |  |
| 8 | Pomiar ciśnienia w zakresie 0-300 mmHg. | TAK |  |
| 9 | Pomiar ciśnienia skurczowego: 60-250 mmHg. | TAK |  |
| 10 | Pomiar ciśnienia rozkurczowego: 30-160 mmHg. | TAK |  |
| 11 | Dokładność pomiaru ciśnienia: minimum spełnienie standardu ANSI/ AAMI SP10-1992.  | TAK |  |
| 12 | Dokładność pomiaru pulsu:- z modułu SpO2: +/- 3 bmp;- z algorytmu ciśnienia tętniczego: +/- 5%. | TAK |  |
| 13 | Zakres pulsu: 25-245 bpm. | TAK |  |
| 14 | Dokładność pomiaru pulskoksymetrii: +/- 3% w zakresie 70-100%. | TAK |  |
| 15 | Monitor LCD. | TAK |  |
| 16 | Możliwość bezprzewodowego połączenia z drukarką (podczerwień).  | TAK |  |
| 17 | Czujnik SpO2 działający w technologii Nellcor.  |  |  |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA |
| 18 | Urządzenie posiada deklarację zgodności CE  | TAK |  |
| 19 | Deklaracja lub certyfikat zgodności na przedmiot oferty, wystawiony przez uprawniony podmiot, zgodne z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 20 | Materiały informacyjne na temat przedmiotu oferty (prospekty, broszury, dane techniczne itp. – w języku polskim), w których zaleca się zaznaczanie wymaganych parametrów | TAK |  |
| 21 | Przedmiot oferty kompletny, po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów | TAK |  |
| 22 | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nie powystawowy, nie demonstracyjny | TAK |  |
| 23 | Dołączona instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji**  |
| 24 | Okres gwarancji  |  | < 24 miesięcy – 0 pkt≥ 24 miesięcy – 20 pkt |
| 25 | Serwis  |  | Tak – 20 pktNie – 0 pkt |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)

|  |
| --- |
| **Zadanie 12 – Aparat do krioterapii ginekologicznej** |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:  |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji:  |  |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymóg graniczny / rozmiar** | **Potwierdzenie (TAK / NIE)** |
| DANE TECHNICZNE |
| 1 | Zasilanie: aparat nieelektryczny | TAK |  |
| 2 | Czynnik roboczy: podtlenek azotu (N2O). | TAK |  |
| 3 | Ciśnienie pracy w zakresie: 3,5-5MPa | TAK |  |
| 4 | Ciśnienie maksymalne: 5,5 MPa | TAK |  |
| 5 | Ciężar aparatu: maksymalnie 3 kg | TAK |  |
| 6 | Miernik ciśnienia w sondzie. | TAK |  |
| 7 | Pedał sterujący. | TAK |  |
| 8 | Pokrętło regulacji ciśnienia gazu zasilającego sondę. | TAK |  |
| 9 | Wskaźnik przepływu gazu przez sondę. | TAK |  |
| 10 | Możliwość podłączenia (i pracy) sond kriochirurgicznych dla różnych specjalności medycznych (np. ginekologia, dermatologia itp.) | TAK |  |
| 11 | Wyposażenie: podstawowe sondy używane w ginekologii | TAK |  |
| POZOSTAŁE WYMAGANIA |
| 12 | Urządzenie posiada deklarację zgodności CE  | TAK |  |
| 13 | Deklaracja lub certyfikat zgodności na przedmiot oferty, wystawiony przez uprawniony podmiot, zgodne z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych | TAK |  |
| 14 | Materiały informacyjne na temat przedmiotu oferty (prospekty, broszury, dane techniczne itp. – w języku polskim), w których zaleca się zaznaczanie wymaganych parametrów | TAK |  |
| 15 | Przedmiot oferty kompletny, po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów | TAK |  |
| 16 | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nie powystawowy, nie demonstracyjny | TAK |  |
| 17 | Dołączona instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 18 | Szkolenie personelu |  |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji**  |
| 19 | Okres gwarancji  |  | < 24 miesięcy – 0 pkt≥ 24 miesięcy – 20 pkt |
| 20 | Serwis  |  | Tak – 20 pktNie – 0 pkt |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. |

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)