



Pakiet nr 1

Lp.	Nazwa przedmiotu	Ilość/ j.m.	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Defibrylator	3 szt.				

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I.	Parametry wymagane
1	Model fabrycznie nowy nie starszy niż 2018 rok
2	Urządzenie do monitorowania i defibrylacji
3	Ekran kolorowy typu TFT o przekątnej min. 7"
4	Możliwość wyświetlania na ekranie min. 3 krzywych dynamicznych.
5	Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej
6	Dwufazowa fala defibrylacji
7	Defibrylacja ręczna w zakresie min. od 1 do 360 J
8	Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej
9	Czas ładowania do energii maksymalnej 200J poniżej 3 sekund
10	Możliwość wyboru jednego spośród min. 20 poziomów energii defibrylacji
11	Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodny z aktualnymi wytycznymi ERC/AHA z 2015 roku
12	Energia defibrylacji w trybie AED min. od 10 do 360 J
13	W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią od 10 do 360J
14	Defibrylacja w trybie AED min. za pomocą elektrod jednorazowych
15	Dźwiękowe i tekstowe komunikaty w języku polskim prowadzące użytkownika przez proces defibrylacji półautomatycznej
16	Wydzielony na defibrylatorze przycisk rozładowania energii
17	Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na tyłkach defibrylacyjnych
18	Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta na ekranie defibrylatora
19	Możliwość wykonania kardiowersji
20	Monitorowanie EKG min. z 3/7 odprowadzeń: a. Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie min.: 15-350 B/min. b. Wzmocnienie sygnału min.: x0,25; x0,5; x1; x2; x4; Auto
21	Stymulacja zewnętrzna nieinwazyjna min.: a. tryby stymulacji: sztywny i na żądanie b. natężenie prądu stymulacji w zakresie min. od 1 do 200 mA c. zakres częstości stymulacji w zakresie min. od 30 do 210 imp/min



22	Pomiar saturacji za pomocą czujnika na palec dla dorosłych. Prezentacja wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie
23	Pomiar nieinwazyjnego ciśnienia krwi (NIBP): metoda pomiaru oscylometryczna, zakres pomiaru min. 10-290 mmHg, pomiar ręczny i automatyczny
24	Ręczne i automatyczne ustawianie granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów
25	Wbudowana drukarka termiczna o parametrach min.: Papier do drukarki o szerokości min. 50 mm Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych
26	Archiwizacja danych: min. 100 pacjentów, min. 72 godzinne trendy, 24 godz. ciągły zapis EKG
27	Eksport danych za pomocą pamięci typu Pendrive
28	Ładowanie akumulatora od 0 do 100 % pojemności w czasie do 4 godzin
29	Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci
30	Akumulator litowo-jonowy bez efektu pamięci z możliwością wymiany bez użycia dodatkowych narzędzi
31	Czas pracy na bateriach dla urządzenia min. 360 minut monitorowania
32	Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230 V
33	Możliwość wykonania min. 300 defibrylacji z energią 200J na w pełni naładowanych akumulatorach
34	Programowanie automatycznie codziennie wykonywanego testu bez włączenia defibrylatora przy zamontowanych akumulatorach i podłączeniu do sieci elektrycznej (pełny test)
35	Uchwyt na ramę łóżka
36	Masa defibrylatora z akumulatorem i łyżkami max. 6,5 kg
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
37	Gwarancja 24 miesiące lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
38	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
39	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
40	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.
41	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
42	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkownika, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
43	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
44	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.
45	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia.



46	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.
----	--

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 24 – m- ce)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy



Pakiet nr 2

Lp.	Nazwa przedmiotu	Ilość/ j.m.	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Respirator stacjonarny	6 szt.				
2	Respirator stacjonarno-transportowy	2 szt.				
	Razem	X	X			

Respirator stacjonarny

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

Parametry wymagane	
I	Parametry ogólne
1	Oznaczenie znakiem CE
2	Respirator do długotrwałej terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia dla dorosłych i dzieci
3	Respirator na podstawie jezdnej z blokadą min. 2 kół
4	Zasilanie z sieci elektrycznej min. 230V/50 Hz z zasilaniem awaryjnym na min. 45 minut pracy
5	Wyposażony we własne, wbudowane w część główną respiratora, niezależne od sieci centralnej źródło powietrza medycznego zapewniające pracę w całym zakresie trybów wentylacji i nastaw.
6	Cicha praca urządzenia przy typowych nastawach wentylacji ≤ 48 dB
7	Gwarancja producenta na wbudowaną turbinę min. 8 lat, niezależna od udzielonej gwarancji na pozostałe podzespoły
8	Zasilanie w sprężony tlen ze źródła zewnętrznego ciśnienie zakres min. 2,8 - 5,5 bar
9	Możliwość zasilania w tlen z koncentratora tlenu
10	Respirator przystosowany do pracy z nawilżaczem aktywnym lub wymiennikiem wilgoci typu FHME ("sztuczny nos")
11	<p>Tryby wentylacji min.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wentylacja objętościowo kontrolowana w trybach CMV, AC, SIMV, • Wentylacja ciśnieniowo kontrolowana w trybie: BIPAP, BiLevel, DuoPAP • Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV • Dodatkowo ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP / CPAP • Wentylacja z gwarantowaną objętością oddechu we wszystkich trybach w których występuje oddech VC. • Wentylacja nieinwazyjna przez maskę NIV dostępna we wszystkich trybach wentylacji • Automatyczne westchnienia z regulacją parametrów westchnień, z regulacją poziomu PEEP • Wentylacja bezdechu z regulacją parametrów • Oddech ręczny, ręczne przedłużenie fazy wdechu • Wentylacja z obowiązkową objętością minutową typu MMV lub ASV • Tryb wentylacji APRV • Automatyczna funkcja pre i post oxygenacji do toalety oskrzeli • Terapia O₂ wysokimi przepływami min. 55 l/min • Automatyczna adaptacja przepływu wdechowego w trybach wentylacji z kontrolowaną



	<p>objętością typu AutoFlow</p> <ul style="list-style-type: none"> • Automatyczna kompensacja oporów rurki intubacyjnej
12	<p>Parametry regulowane min.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Częstość oddechów w zakres min. 3 - 80 l/min • Objętość pojedynczego oddechu w zakres min 50 - 2000 ml • Ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych w zakres min. 5 - 90 cm H₂O • Ciśnienie wspomaganie PSV w zakres min. 0 - 30 cm H₂O powyżej PEEP • Ciśnienie PEEP / CPAP w zakres min. 0 - 35 cm H₂O • Czas wdechu dla oddechów VCV regulowany w zakres min. 0,2 - 8,0 sek. • Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie w zakres 21 -100% • Płynna regulacja czasu lub współczynnika przyspieszenia przepływu dla oddechów ciśnieniowo kontrolowanych i wspomaganych • Wyzwalanie oddechu, czułość przepływowa: min. zakres czułości triggera 1-10 l/min • Automatyczny dobór wartości przepływu w zależności od nastawionych parametrów wentylacji w zakres powyżej 200 l/min • Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV min. zakres 10 – 60 [%]
13	<p>Parametry monitorowane min.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktualnie stosowany tryb wentylacji • Rzeczywista całkowita częstość oddychania • Częstość oddechów spontanicznych • Objętość pojedynczego oddechu • Rzeczywista objętość wentylacji minutowej MV • Wentylacja minutowa spontaniczna • Wentylacja minutowa, udział procentowy lub objętość przecieku • Czas trwania fazy plateau wdechowego • Szczytowe ciśnienie wdechowe • Ciśnienie średnie • Ciśnienie fazy plateau • Podatność statyczna lub dynamiczna płuc, oporność • Integralny pomiar stężenia tlenu • Temperatura gazów oddechowych wyświetlana na ekranie sterującym respiratora • Zintegrowany pomiar CO₂ z prezentacją parametrów na ekranie respiratora.
14	<p>Prezentacja graficzna min.:</p> <p>Prezentacja i obsługa nastaw na wbudowanym, kolorowym ekranie dotykowym, min. 12" krzywych oddechowych min.: ciśnienie czas, przepływ/czas, objętość/czas</p>
15	<p>Szybki start wentylacji z prekonfigurowanymi nastawami wentylacji w oparciu o podany przez użytkownika wzrost pacjenta (automatycznie wyliczone IBW)</p>
16	<p>Trendy z min. 10 dni</p>
17	<p>Wyposażenie dostarczone z respiratorem min.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • W komplecie 25x jednorazowy układ pacjenta, • 50 x filtr HME oraz 10 x jednorazowa zastawka wydechowa • ramię do podtrzymania układu oddechowego • dren gazowy do zasilania respiratora w O₂ o dł. 3 m., wtyk AGA • 5 czujników przepływu (do dezynfekcji) • 1 czujnik przepływu wielorazowego użytku (do sterylizacji) • 10 zastawek wydechowych jednorazowego użytku • 1 zastawka wydechowa wielorazowego użytku (do sterylizacji) • płuco testowe • 25 rur pacjenta jednorazowego użytku o długości 1,8m • 50 szt. filtr • 1 szt. maska pełnotwarzowa roz. L do nieinwazyjnej wentylacji z miękką poduszką wypełnioną żelem • nebulizator pneumatyczny wielorazowego użytku • Uchwyt na min. 2 butle z tlenem sprzęgany z respiratorem, certyfikowany przez producenta respiratora • W komplecie pneumatyczny nebulizator do wziewnego podawania leków synchronizowany z

	wdechmem pacjenta sterowany z kokpitu respiratora
18	Polski interfejs i oprogramowanie aparat. W komplecie instrukcja obsługi po polsku
19	Szkolenie personelu wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi, konserwacji oraz mycia i dezynfekcji potwierdzone stosownym zaświadczeniem.
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
20	Gwarancja 48 miesięcy lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
21	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
22	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis autoryzowany przez producenta do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
23	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 2 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki w przypadku naprawy nie wymagającej sprowadzenia części zamiennych, do 5 dni roboczych w przypadku naprawy wymagającej sprowadzenia części zamiennych.
24	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
25	Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy – max.3
26	Dostępność części zamiennych min: 5 lat
27	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkowania, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
28	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
29	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.
30	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia.
31	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 48 – m- cy)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy



Respirator stacjonarno-transportowy

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I	Parametry wymagane
1	Respirator do długotrwałej wentylacji pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia powietrzem z otoczenia oraz z dodatkiem tlenu, a także do transportu wewnątrzszpitalnego
2	Respirator dla pacjentów o wadze powyżej 10 kg
3	Respirator do inwazyjnej i nieinwazyjnej wentylacji kontrolowanej i wspomaganej
4	Zasilanie podstawowe z sieci elektrycznej 230V, 50 Hz wraz z zasilaniem awaryjnym na min. 60 min. pracy
5	Możliwość zasilania tlenem z instalacji gazowej w zakresie min. od 2,7 do 6,0 bar
6	Wyposażony we własne, niezależne od sieci centralnej źródło powietrza medycznego (kompresor, turbina, tłok)
7	Przepływ O ₂ regulowany w zakresie min. 0-120 l/min
8	Cicha praca respiratora – do 40 dB (podczas standardowej wentylacji)
9	Waga respiratora z wbudowaną turbiną lub kompresorem poniżej 6 kg
10	Respirator zamontowany na podstawie jezdnej, zawierający uchwytu na butlę O ₂ oraz dodatkowego uchwytu do zamontowania na ramie łóżka lub rury,
II	TRYBY WENTYLACJI
11	Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV z możliwością ustawienia gwarantowanej objętości oddechu (VG)
12	SIMV –VCV Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona z oddechami wymuszonymi objętościowo kontrolowanymi
13	Dodatknie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP / CPAP
14	Wentylacja ciśnieniowo – kontrolowana PCV
15	Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BIPAP, BiLevel
16	Wentylacja objętościowo kontrolowana VCV
17	Wentylacja przy bezdechu uruchamiana automatycznie
III	PARAMETRY REGULOWANE
18	Częstość oddechów w zakresie min. 6 - 50 1/min
19	Objętość pojedynczego oddechu przy wentylacji objętościowo kontrolowanej w zakresie min 100 - 2000 ml.
20	Ciśnienie wdechu dla wentylacji ciśnieniowo kontrolowanych w zakresie min. 10 - 40 mbar
21	Regulacja stężenia O ₂ w zakresie 21-100%
22	Ciśnienie PEEP / CPAP w zakresie min. 4 - 20 mbar
23	Czas wdechu w zakresie min. 0,3 -8 sek.
24	Wspomaganie ciśnieniowe regulowane w zakresie min. 0-35 mbar
25	Czas wzrostu ciśnienia regulowany w zakresie min. 0,1 do 2 sek.
26	Min. dwa poziomy czułości triggera oddechowego
IV	PARAMETRY MONITOROWANE
27	Aktualnie prowadzony tryb wentylacji
28	Rzeczywista całkowita częstość oddychania
29	Objętość pojedynczego oddechu
30	Całkowita wentylacja minutowa.
31	Wentylacja minutowa przecieku, objętość przecieku lub udział procentowy przecieku
32	Szczytowe ciśnienie wdechowe
33	Średnie ciśnienie cyklu oddechowego

34	Ciśnienie PEEP
V	PREZENTACJA GRAFICZNA MIN.:
35	Prezentacja na kolorowym ekranie cyfrowych wartości parametrów monitorowanych przez respirator
36	Prezentacja na kolorowym ekranie respiratora krzywych oddechowych: a) ciśnienie w funkcji czasu b) przepływ w funkcji czasu
37	Zbyt wysokiej i zbyt niskiej objętości minutowej
38	Zbyt wysokiej częstości oddechów – tachypnoe
39	Bezdechu z regulowanym czasem bezdechu
40	Zbyt wysokiego ciśnienia szczytowego wdechu
41	Rozłączenia układu oddechowego z regulowanym dopuszczalnym czasem rozłączenia
42	Regulowana głośność alarmów w zakresie 65 – 80 dBa
VI	INNE WYMAGANIA:
43	Zabezpieczenie ustawionych parametrów przed przypadkową zmianą przez pacjenta
44	Możliwość współpracy z drenami jedno- i wielorazowymi (w zestawie: min. 25 szt. drenów jednorazowych dla pacjentów zaintubowanych + min. 25 szt. drenów jednorazowych dla pacjentów niezaintubowanych)
45	Wyjście zewnętrzne sygnalizacji alarmów i przywołania pielęgniarki
46	Przedmiot oferty oznaczony znakiem CE, wyrób medyczny
47	Liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy – max. 3
48	Sprzęt oferowany jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów
49	Bezpłatne szkolenie personelu medycznego (min. 1 pracownik) w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego.
50	Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim wraz z dostawą przedmiotu oferty (dopuszcza się załączenie w formie elektronicznej na płycie CD-R).
51	Aparat fabrycznie nowy
VII	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
52	Gwarancja 48 miesięcy lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
53	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
54	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis autoryzowany przez producenta do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
55	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 2 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki w przypadku naprawy nie wymagającej sprowadzenia części zamiennych, do 5 dni roboczych w przypadku naprawy wymagającej sprowadzenia części zamiennych.
56	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
57	Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy – max.3
58	Dostępność części zamiennych min: 5 lat
59	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkowania, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
VIII	WARUNKI DODATKOWE
60	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.



61	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.
62	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia.
63	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 48 – m- cy)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy



Pakiet nr 3

Lp.	Nazwa przedmiotu	Ilość/ j.m.	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	System ogrzewania pacjenta	6 szt.				

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I	Parametry wymagane
1	Zasilanie 230V/50Hz, pobór mocy max.1000W
2	Kabel zasilający min. 4 m, rura doprowadzająca ciepłe powietrze min. 1,8 m
3	System ogrzewania ciepłym powietrzem
4	Temperatury uzyskiwane min. 32°- 38°- 43°
5	Kompaktowe wymiary max. do 400x400x400 mm
6	Masa urządzenia do 6 kg
7	Urządzenie wyposażone w filtr zasysanego powietrza klasy HEPA
8	Alarmy min. - przekroczenia zadanej temp. - zbyt niskiej temp.
9	Podstawa jezdna do zaoferowanego ogrzewacza
10	Półka/kosz na kołderki
11	Min.10 szt. kołderek do wyboru przez zamawiającego
12	W ofercie min. różnych 10 kołderek do ogrzewania różnych obszarów ciała
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
13	Gwarancja 24 miesiące lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
14	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
15	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
16	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.



17	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
18	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkownika, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
19	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
20	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.
21	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia.
22	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 24 – m- ce)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

Pakiet nr 4

Lp.	Nazwa przedmiotu	Ilość/ j.m.	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa	7 szt.				
2	Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa	29 szt.				
	Stacja dokująca	10 szt.				
	Razem	X	X			

Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I	Parametry wymagane
1	Zasilanie elektryczne min. 230V/50Hz zabezpieczone akumulatorem, min. 20 h przy podaży 5 ml/h
2	Prędkość dozowania nastawiana min. co 0,1 ml/h .
3	Objętość infuzji min.: 0,1 ÷ 1000 ml, ustawiana co 0,1 ml
4	Maksymalna prędkość dozowania dawki uderzeniowej (bolus) nastawiana min. co 0,1 ml/h w zależności od użytej strzykawki zakres nastaw min. 400 do 2000 ml/h. Dokładność dozowania min. ± 2%
5	Dawka uderzeniowa (bolus) ustawiana do objętości strzykawki min. co 0,1ml
6	Wyświetlacz: LCD duży, czytelny, dwuwierszowy, min.: 2 x 16 znaków
7	Regulacja głośności alarmu: 3 poziomy głośności, ton przerywany lub ciągły
8	Typy strzykawek min.: 5, 10, 20, 30, 50/60 ml (firm wyszczególnionych w Instrukcji Użytkowania). Automatyczne rozpoznawanie strzykawek
9	Likwidacja bolusa okluzyjnego (ABS)
10	Biblioteka leków z możliwością modyfikacji min.: 60 leków
11	Wskaźnik ciśnienia infuzji
12	Funkcja STAND-BY regulowana zakres min. (1 sek - 24h)
13	Informacja o stanie naładowania akumulatora
14	Funkcja wypełniania drenu
15	Testy użytkownika i serwisowe
16	Historia infuzji: min. 1000 zdarzeń
17	Ciężar pompy do: 4,5 kg Wymiary gabarytowe (s x g x w) do: 350 x 300 x 200 mm
18	Pompa wyposażona w zintegrowany uchwyt do przenoszenia pompy oraz uchwyt do mocowania na statywie , na łóżku lub specjalnej szynie



19	Pompa będąca wyrobem medycznym
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
20	Gwarancja 24 miesiące lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
21	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
22	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
23	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.
24	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
25	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkownika, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
26	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
27	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.
28	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia.
29	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 24 – m- ce)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I	Parametry wymagane
1.	Pompa strzykawkowa sterowana elektronicznie umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi
2.	Zasilanie 230V 50 Hz, pobór mocy do 20 W zabezpieczone akumulatorem litowo-jonowym
3.	Waga pompy gotowej do użycia poniżej 2,5 kg
4.	Stopień ochrony min. IP34
5.	Kolorowy wyświetlacz
6.	Wbudowany uchwyt do mocowania pompy do stojaków infuzyjnych, oraz szyn poziomych
7.	Wbudowany uchwyt do przenoszenia pompy
8.	Możliwość łączenia pomp w moduły bez użycia stacji dokującej - min. 3 pompy na jednym uchwycie.
9.	Strzykawka mocowana od przodu
10.	Klawiatura membranowa
11.	Menu pompy w języku polskim
12.	Napęd strzykawki półautomatyczny z zabezpieczeniem przed niekontrolowaną podażą
13.	Praca w stacji dokującej
14.	Komunikacja pomiędzy pompą a stacją dokującą za pośrednictwem IrDA
15.	Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości min. 2/3, 5, 10, 20, 30 i 50/60 ml różnych typów oraz różnych producentów, w tym min. jednego polskiego
16.	Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki
17.	Zakres prędkości infuzji min. 0,1 do 999,9 ml/h
18.	Prędkość infuzji w zakresie od 0,01 - 999,99ml/h programowana, co 0,01ml/godz.
19.	Automatyczna kalkulacja prędkości podaży po wprowadzeniu objętości i czasu
20.	Możliwość programowania parametrów infuzji min. w jednostkach: mg, mcg, ng, IE, mmol, z uwzględnieniem lub nie masy ciała w odniesieniu do czasu (np. mg/kg/min; mg/kg/h; mg/kg/24h)
21.	Zmiana prędkości podaży bez przerywania infuzji
22.	System automatycznej redukcji bolusa po alarmie ciśnienia okluzji
23.	Wstępnie wybierana objętość w zakresie 0,10 - 9999 ml programowana co 0,01 ml
24.	Wstępnie wybierany czas w zakresie 00h01min – 99h59min
25.	Prędkość bolusa 1-1800 ml/h programowana co 0,01 ml/h
26.	Bolus na żądanie
27.	Bolus programowany z automatyczną kalkulacją prędkości po wprowadzeniu objętości i czasu

28.	Możliwość podaży bolusa w jednostkach mg, mcg, mmol, mEq oraz jednostkach wagowych
29.	Tryb stand-by w zakresie od 1 min do 24 godzin z programowaniem co 1 minutę
30.	Tryb nocny z redukcją intensywności podświetlenia
31.	Możliwość wprowadzenia do pompy biblioteki leków bezpośrednio z komputera, lub zdalnie poprzez sieć szpitalną z centralnego serwera
32.	Biblioteka leków min. 120 leków, z możliwością podzielenia na 30 kategorii i 15 profili pacjentów
33.	Ciśnienie okluzji możliwe do ustawienia na min. 9 poziomach w zakresie od 0.1 bara do 1.2 bara
34.	Wskaźnik ciśnienia okluzji stale widoczny na wyświetlaczu pompy
35.	Zasilanie z wbudowanego akumulatora min.5 godz. przy przepływie 5 ml/h; na wyświetlaczu widoczna informacja o pozostałym czasie pracy akumulatora
36.	Czas ponownego ładowania max. 4 godz.; automatyczne ładowanie akumulatora w pompie podłączonej do zasilania sieciowego
37.	System alarmów wizualnych i dźwiękowych
38.	Historia pracy dostępna z menu pompy, z możliwością zapisania do 1000 zdarzeń
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
39	Gwarancja 24 miesiące lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
40	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
41	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
42	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.
43	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
44	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkownika, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
45	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
46	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.



47	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia.
48	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 24 – m- ce)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

Stacja dokująca

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I	Parametry wymagane
1.	Stacja dokująca dla oferowanych pomp strzykawkowych i objętościowych umożliwiająca współpracę z systemem centralnego zasilania i zarządzania danymi
2.	Zasilanie 230V 50 Hz, bezpośrednio z sieci
3.	Stopień ochrony min. IP34
4.	Wbudowany uchwyt do mocowania stacji do kolumn anestezjologicznych, stojaków infuzyjnych, oraz szyn pionowych i poziomych
5.	Możliwość łączenia stacji w moduły bez użycia specjalnych narzędzi.
6.	Zatraskowe mocowanie pomp.
7.	Stacja wyposażona w interfejs przywołania personelu
8.	Możliwość rozbudowania stacji dokującej o moduł komunikacyjny
9.	Stacja na min. 3 pompy infuzyjne
10.	Możliwość łączenia stacji w moduły bez użycia specjalnych narzędzi. Kolumna połączonych stacji dokujących umożliwia jednoczesne zasilanie min. 12 pomp.
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
11	Gwarancja 24 miesiące lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.



12	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
13	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
14	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.
15	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
16	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkowania, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
17	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
18	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.
19	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia.
20	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 24 – m- ce)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy



Pakiet nr 5

Lp.	Nazwa przedmiotu	Ilość/ j.m.	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Ssak elektryczny	4 szt.				

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I	Parametry wymagane
1	Ssak elektryczny zasilany min. 230V/50Hz
2	Maksymalny przepływ min.: 55 L / min
3	Maksymalne ciśnienie min.: - 90 kPa ssak wyposażony we wskaźnik i regulator podciśnienia
4	Masa do 20 kg
5	Wyposażenie dostarczone z ssakiem min.: - 2 butle 2L z poliwęglanu (możliwość sterylizacji min. w 120° C) - dreny silikonowe, filtr bakteryjny, łącznik drenów
6	Ssak na wózku jezdnym
7	Ssak będący urządzeniem medycznym
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
8	Gwarancja 24 miesiące lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
9	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
10	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
11	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.
12	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
13	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkownika, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu



	gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
14	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
15	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.
16	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia.
17	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 24 – m- ce)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy



Pakiet nr 6

Lp.	Nazwa przedmiotu	Ilość/ j.m.	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Wózek do przewożenia chorych dwusegmentowy	6 szt.				
2	Wózek do przewożenia chorych trzysegmentowy	3 szt.				
	Razem	X	X			

Wózek do przewożenia chorych dwusegmentowy

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

Wózek do przewożenia chorych trzysegmentowy

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I	Parametry wymagane
1	Wózek do przewożenia chorych, przeznaczony do transportu wewnętrznego wyposażony w dyspenser na prześcieradła jednorazowe.
2	Szerokość całkowita wózka bez poręczy bocznych: 650 mm (± 30 mm)
3	Szerokość całkowita wózka z poręczami bocznymi: 720 mm (± 30 mm)
4	Długość całkowita wózka: 1970 mm (± 30 mm)
5	Regulacja wysokości za pomocą nożnej pompy hydraulicznej w zakresie 580 – 880 mm (± 20 mm)
6	Oparcie pleców regulowane sprężynami gazowymi z blokadą w zakresie od 0° do $70^{\circ} \pm 3^{\circ}$
7	Przechył Trendelenburga: $26^{\circ} (\pm 3^{\circ})$
8	Przechył anty -Trendelenburga: $15^{\circ} (\pm 3^{\circ})$
9	Regulacja pozycji Trendelenburga oraz anty-Trendelenburga wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą



10	Wózek wykonany z profili stalowych, lakierowanych proszkowo z użyciem lakieru z nanotechnologią srebra powodującą hamowanie namnażania bakterii i wirusów
11	Podstawa wózka obudowana wypraskami z tworzywa z zastosowaniem nanotechnologii srebra powodującej hamowanie namnażania bakterii i wirusów, z miejscem w wyprasce na podręczne rzeczy
12	<ul style="list-style-type: none"> • Dwusegmentowe leże wypełnione płytą laminatową umożliwiającą wykonanie zdjęć RTG oraz przeprowadzanie reanimacji. Możliwość monitorowania klatki piersiowej pacjenta aparatem RTG z ramieniem C - dotyczy 6 wózków • Trzysegmentowe leże wypełnione wypełnione płytą laminatową umożliwiającą wykonanie zdjęć RTG oraz przeprowadzanie reanimacji. Możliwość monitorowania klatki piersiowej pacjenta aparatem RTG z ramieniem C, segment podudzia regulowany min. sprężyną gazową – dotyczy 3 wózków
13	Leże z trzema tunelami na kasetę RTG (jeden w oparciu pleców, dwa w segmencie nożnym)
14	Wózek zaopatrzony w 4 krążki odbojowe
15	Materace leża i oparcia pleców o grubości min. 60 mm z możliwością zdejmowania. Obszycie wykonane z materiału nieprzemakalnego z dodatkami bakterio i grzybobójczymi ograniczającymi rozprzestrzenianie się szczepu MRSA i bakterii E.coli. Obszycie niepalne zgodnie z normą BS 5852 poziom CRIB 5 (kolorystyka do uzgodnienia). Właściwości ograniczające rozprzestrzenianie się szczepu MRSA i bakterii E.coli oraz niepalności zgodnie z normą BS 5852 poziom CRIB 5 potwierdzone certyfikatami wydanymi przez niezależny/niezależne uprawniony/e do tego podmiot/podmioty. Certyfikaty dołączyć do oferty.
16	Koła jezdne o średnicy min. 200 mm z centralną blokadą jazdy i kołem kierunkowym
17	Dopuszczalne obciążenie wózka min. 250 kg
18	Wyposażenie wózka: <ul style="list-style-type: none"> •poręcze boczne chromowane •wieszak kroplówki (4 haczyki chromowane)
19	Certyfikaty potwierdzające antybakteryjność lakieru i tworzywa(dołączyć do oferty)
20	Wózek dostarczony w oryginalnym opakowaniu producenta
21	Powierzchnie wózka odporne na środki dezynfekcyjne
22	Deklaracja Zgodności, Wpis lub Zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Wyrobów Medycznych
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
23	Gwarancja 24 miesiące lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
24	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
25	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych



	(podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
26	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.
27	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
28	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkowania, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
29	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
30	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.
31	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia.
32	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 24 – m- ce)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy



Pakiet nr 7

Lp.	Nazwa przedmiotu	Ilość/ j.m.	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Stół zabiegowy I	3 szt.				
2	Stół zabiegowy II	1 szt.				
	Razem	X	X			

Stół zabiegowy I

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I	Parametry wymagane
1	Stół do zabiegów opatrunkowych i prostych zabiegów operacyjnych
2	Długość stołu z blatem : 2050 mm (± 30 mm)
3	Całkowita szerokość blatu : 580 mm (± 30 mm)
4	Regulacja wysokości blatu: 800 do 1050 mm (± 30 mm). Wymiary wysokości dotyczą górnej powierzchni materaca
5	Regulacja oparcia pleców: - 40 ⁰ do 85 ⁰ (± 5 ⁰)
6	Regulacja podglówka: - 40 ⁰ do 55 ⁰ (± 5 ⁰)
7	Przechył Trendelenburga : 25 ⁰ (± 5 ⁰)
8	Przechył anti-Trendelenburga : 15 ⁰ (± 5 ⁰)
9	Regulacja kąta nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej: - 90 ⁰ do 20 ⁰ (± 5 ⁰)
10	Zakres regulacji kąta odchylenia podnóżków w płaszczyźnie poziomej: 0 ⁰ do 180 ⁰ (± 5 ⁰)
11	Regulacja wysokości blatu za pomocą nożnej pompy hydraulicznej
12	Dźwignie pompy po dwóch stronach podstawy, skierowane w stronę podglówka
13	Regulacja segmentu oparcia pleców, podglówka, przechyłów wzdłużnych oraz nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą
14	Zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem dźwigni zwalniania blokad w sprężynach gazowych służących do regulacji oparcia pleców
15	Konstrukcja stołu wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo

16	Stół przejezdny z systemem centralnej blokady kół i kołem kierunkowym
17	Stół z zaciskiem wyrównania potencjałów wraz z przewodem do odprowadzania ładunków elektrostatycznych
18	Błat stołu 4-ro segmentowy: <ul style="list-style-type: none"> •podglówek płytowy •oparcie pleców •płyta łędźwiowa •2 szt. podnóżków
19	Błat przenikalny dla promieni RTG, z możliwością zastosowania tac na kasety lub uchwytów do mocowania kaset do zdjęć RTG, co najmniej w segmencie oparcia pleców i siedziska
20	Materace bezszwowe, antystatyczne, wykonane z poliuretanu spienionego. Materac płyty łędźwiowej zdejmowany. Grubość materaca min. 50 mm
21	Wyposażenie stołu min.: <ul style="list-style-type: none"> •ramka ekranu ze stali nierdzewnej z korpusem mocującym •wieszak kroplówki ze stali nierdzewnej z korpusem mocującym •podpórka ręki z korpusem mocującym
22	Stół dostarczony w oryginalnym opakowaniu producenta
23	Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne
24	Deklaracja Zgodności
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
25	Gwarancja 24 miesiące lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
26	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
27	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
28	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.
29	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
30	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkownika, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
31	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.

32	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.
33	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia.
34	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 24 – m- ce)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

Stół zabiegowy II

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I	Parametry wymagane
1	Stół do zabiegów opatrunkowych i operacji
2	Długość stołu : 2050 mm (±30 mm)
3	Całkowita szerokość blatu : 680 mm (± 30 mm)
4	Regulacja wysokości : 730 do 1080 mm (± 30 mm)
5	Regulacja oparcia pleców: - 45° do 85° (± 5°)
6	Regulacja podglówka: - 65° do 40° (± 5°)
7	Przechył Trendelenburga : 25° (± 5°)
8	Przechył anti-Trendelenburga : 25° (± 5°)
9	Przechył boczny w obie strony po : 25° (± 5°)
10	Regulacja kąta nachylenia podnóżków: - 90° do 25° (± 5°)
11	Podnóżki z możliwością rozchylania na boki o kąt 180° (± 5°)
12	Regulacja wysokości, przechyłów wzdłużnych oraz bocznych blatu za pomocą siłowników elektrycznych. Sterowanie z ręcznego pilota przewodowego.
13	Ręczny pilot przewodowy wyposażony w funkcję zapamiętania min. trzech dodatkowych pozycji

	blatu. Każda zapamiętana pozycja uzyskiwana jest poprzez naciśnięcie i przytrzymanie jednego (oddzielnego dla każdej pozycji) przycisku na pilocie.
14	Regulacja segmentu oparcia pleców, podglówka oraz podnóżków – manualne, wspomagane sprężynami gazowymi z blokadą
15	Konstrukcja stołu wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo
16	Podstawa stołu osłonięta obudową z tworzywa wykonanego z zastosowaniem antybakteryjnej nanotechnologii srebra powodującej hamowanie namnażania się bakterii i wirusów. Dodatek antybakteryjny musi być integralną zawartością składu tworzywa i zapewniać powolne uwalnianie jonów srebra. Nie dopuszcza się, aby własności antybakteryjne były uzyskiwane poprzez nanoszenie na powierzchnie tworzywa oddzielnych środków.
17	Blat stołu podzielony na cztery segmenty: podglówek, oparcie pleców, segment siedzenia, podnóżki dzielone (podnóżek lewy i prawy). Segmenty oparcia pleców, siedzenia oraz podnóżki wyposażone w listwy boczne wykonane ze stali nierdzewnej do mocowania wyposażenia dodatkowego.
18	Stół przejezdny - mobilny z centralną blokadą kół i funkcją jednego koła do jazdy na wprost
19	Segmentu blatu przenikalne dla promieni RTG z możliwością wykonywania zdjęć
20	Odejmovane materace wykonane z pianki poliuretanowej, pokryte skajem antystatycznym, odporne na działanie środków dezynfekcyjnych. Materace o właściwościach przeciwoleżynowych, z tzw. „pamięcią kształtu”, grubość min. 60 mm
21	Dopuszczalne obciążenie – min. 200kg
22	Wyposażenie stołu : - ramka ekranu ze stali nierdzewnej z korpusem mocującym - wieszak kroplówki ze stali nierdzewnej z korpusem mocującym - podpórka ręki z korpusem mocującym
23	Stół dostarczony w oryginalnym opakowaniu producenta
24	Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne
25	Deklaracja Zgodności
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
26	Gwarancja 24 miesiące lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
27	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
28	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
29	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.
30	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.



31	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkowania, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
32	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
33	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.
34	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia.
35	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 24 – m- ce)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

Pakiet nr 8

Lp.	Nazwa przedmiotu	Ilość/ j.m.	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Kardiomonitor	9 szt.				
2	Moduł EKG/ST/Arytmia/Respiracja	7 szt.				
3	Moduł SpO ₂	7 szt.				
4	Moduł nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia	7 szt.				
5	Moduł pomiaru IBP	2 szt.				
6	Moduł pomiaru kapnografii	2 szt.				
7	Moduł transportowy	2 szt.				
	Razem zestaw monitorowania	X	X			

Dane ogólne

Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

Parametry wymagane

I	Parametry wymagane
	Kardiomonitor 9 szt.
1	Kardiomonitor o budowie modułowej (jednoparametrowe, niezależne, moduły wymienne – przenoszone przez użytkownika) z wyjątkiem modułu transportowego
2	Zasilanie sieciowe 230 VAC i z wewnętrznego akumulatora przez min. 1 godz.
3	Kolorowy ekran LCD TFT o przekątnej min. 19 cali i rozdzielczości nie gorszej niż 1280x1024 pikseli oraz moduły umieszczone w jednej obudowie, wyposażonej w ergonomiczną rączkę
4	Możliwość zmiany jasności i kontrastu ekranu przez użytkownika



5	Konwekcyjne chłodzenie kardiomonitora
6	Obsługa w języku polskim poprzez ekran dotykowy
7	Jednoczesna prezentacja min. 8 krzywych dynamicznych na wybranym ekranie
8	Możliwość konfigurowania i zapamiętywania przez użytkownika min. 10 ekranów (w tym ekran dużych cyfr)
9	Alarmy min. trzystopniowe z możliwością zawieszania czasowego i na stałe
10	Możliwość utworzenia min. 3 zdefiniowanych przez użytkownika zestawów granic alarmowych dla wszystkich parametrów
11	Jeden dedykowany ekran do ustawienia granic alarmowych dla wszystkich parametrów
12	Możliwość automatycznego ustawienia granic alarmowych na podstawie bieżących danych z monitorowania
	Moduł EKG/ST/Arytmia/Respiracja – 7 szt.
13	Monitorowanie z kabla 3 lub 5-żyłowego
14	Zakres częstości akcji serca: min. 15-300 1/min
15	Możliwość wyboru min. 1 z 3 prędkości EKG (12,5; 25 i 50 mm/s)
16	Możliwość jednoczesnej obserwacji 6 odprowadzeń I, II, III, aVL, aVR, aVF diagnostycznych przy użyciu kabla 3-żyłowego
17	Detekcja stymulatora serca wraz ze znacznikami impulsów ze stymulatora na ekranie w kanale EKG
18	Analiza odcinka ST z min. 6 odprowadzeń
19	Analiza co najmniej 15 kategorii arytmii
20	Respiracja metodą impedancyjną
21	Częstości oddechu w zakresie min. 0-100/min
22	Prezentacja fali oddechu
23	Wybór elektrod do detekcji oddechu (szczytami płuc lub przeponą) bez konieczności przepinania kabla EKG
24	Licznik wykrytych bezdechów
25	Alarm bezdechu w zakresie min. 5-45 s
26	Możliwość rozbudowy modułu o jednoczesną obserwację 12 odprowadzeniowego EKG
27	Wyposażenie: kabel EKG 5 żyłowy
	Moduł SpO₂ – 7 szt.
28	Moduł SpO ₂ odporny na niską perfuzję i artefakty ruchowe
29	Prezentacja krzywej pletyzmograficznej
30	Saturacja w zakresie min. 1-100%
31	Tętno obwodowe w zakresie min. 20-300 bpm
32	Funkcja zapobiegania fałszywym alarmom
33	Wyposażenie: przedłużacz i wielorazowy czujnik SpO ₂ na palec typu klips
	Moduł nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia – 7 szt.
34	Zakres pomiaru ciśnienia min. 25-250mmHg
35	Pomiar i jednoczesna prezentacja ciśnienia skurczowego, średniego i rozkurczowego

36	Możliwość ustawienia trybu pomiarowego dla dorosłych
37	Pomiar automatyczny w min. zakresie od 1 do 300 minut
38	Pomiar ciągły oraz na żądanie
39	Prezentacja czasu, w którym został wykonany ostatni pomiar ciśnienia, w polu wyników pomiaru na ekranie głównym kardiomonitora
40	Możliwość wstępnego ustawiania górnego zakresu pompowania przez użytkownika
41	Pomiar wartości pulsu z mankietu z prezentacją na ekranie
42	Podręczne zestawienie ostatnio wykonanych minimum 15 pomiarów (wartość skurczowa, rozkurczowa i średnia, z określeniem daty oraz godziny wykonanego pomiaru) w ekranowym menu modułu, bez konieczności wchodzenia w archiwum urządzenia, z możliwością wydruku na drukarce laserowej
43	Wyposażenie wężyk oraz 2 mankiety dla dorosłych
	Moduł pomiaru IBP – 2 szt.
44	Pomiar w jednym kanale
45	Zakres pomiaru min. -40 do +320 mmHg
46	Wyświetlanie krzywej ciśnienia oraz wartości skurczowej, rozkurczowej i średniej
47	Możliwość podłączenia zewnętrznego modułu do pomiaru ciśnienia śródczaszkowego
48	Wyposażenie: kabel oraz jednopacjentowy przetwornik do pomiaru ciśnienia
	Moduł pomiaru kapnografii – 2 szt.
49	Pomiar w strumieniu głównym
50	Zakres pomiaru min. 1-150 mmHg
51	Wyposażenie: czujnik do pomiaru CO ₂ z adapterem wielorazowym
	Moduł transportowy – 2 szt.
52	<p>MODUŁ TRANSPORTOWY z niezależnym zasilaniem bateryjnym na min. 3 godz., ekran minimum 5.5 cala</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obsługa poprzez ekran dotykowy - Minimum 8 krzywych na ekranie - Dostępny pomiar EKG, SpO₂, Oddech, NIBP, 2Temp - Archiwum wszystkich trendów z minimum 5 godzin o rozdzielczości poniżej 10 sekund - Archiwum wszystkich monitorowanych krzywych dynamicznych - minimum 5 godzin - Kopiowanie całego archiwum trendów oraz wszystkich krzywych do kardiomonitora w którym dokowany jest moduł transportowy - akumulator ładowany automatycznie po podłączeniu modułu do kardiomonitora bez względu czy monitor pracuje, czy jest wyłączony - możliwość niezależnego ładowania modułu transportowego poza kardiomonitorem po zakupie ładowarki - waga max. 1,5 kg.
II	Pozostałe wymagania
53	<p>Trendy graficzne i w formie tabel dla wszystkich parametrów jednocześnie z okresu min. 72 godzin</p> <p>Rozdzielczość trendów nie gorsza niż 10 sekund w celu zapewnienia dokładności odczytu</p>
54	<p>Jednoczesny, ciągły zapis w pamięci kardiomonitora wszystkich monitorowanych wartości liczbowych i wszystkich monitorowanych fal dynamicznych (tj. przynajmniej 6 odprowadzeń EKG, fali SpO₂, fali oddechu metodą impedancyjną, fali IBP oraz</p>



	fali kapnograficznej) z okresu min. 72 godz.
55	Wbudowane złącze USB do przenoszenia wszystkich danych (wszystkich wartości cyfrowych i wszystkich krzywych dynamicznych) z min. 72 godzinnej pamięci kardiomonitora na nośnik elektroniczny i następnie do PC użytkownika
56	Oprogramowanie na komputery działające z systemem Windows do przeglądania wszystkich wartości cyfrowych oraz wszystkich krzywych dynamicznych przenoszonych z kardiomonitora
57	Waga kardiomonitora poniżej 10 kg
58	Możliwość rozbudowy o pomiar rzutu serca metodą ICG i metodą termodylucji, analizator gazów, oraz moduł 6-kanalowego rejestratora termicznego
59	Wbudowane złącze RJ-45 zapewniające podłączenie kardiomonitora z innymi kardiomonitorami oraz do centrali monitorującej
60	Montaż kardiomonitorów na uchwytych ściennych
61	Wymagania pozostałe
62	Instrukcja obsługi w języku polskim
63	Szkolenie personelu medycznego
64	Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski
III	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
65	Gwarancja 24 miesiące lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
66	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
67	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
68	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 24 godziny, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.
69	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
70	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkownika, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
IV	WARUNKI DODATKOWE
71	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
72	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi.
73	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia.
74	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów



Załącznik nr 1a

Szczegółowy formularz ofertowo cenowy

22/PN/18

Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 24 – m- ce)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy



Pakiet nr 9

Lp.	Nazwa przedmiotu	Ilość/ j.m.	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Stetoskop	10 szt.				

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I	Parametry wymagane
1	Dwustronna, lekka głowica wykonana ze stali nierdzewnej.
2	Obrotowy przełącznik głowicy
3	Tłoczek przełącznika z chromowanego mosiądzu pasowany w korpusie
4	„Pływająca” membrana z laminatu epoksydowego zbrojonego włóknem szklanym
5	Mocowanie do czaszy głowicy za pomocą pierścieni z syntetycznej gumy
6	Aluminiowa lira z pojedynczą sprężyną schowana w drenie
7	Sprężyna liry posadowiona w drenie typu np. Profil w specjalnym, własnym kanale sąsiadującym z kanałem akustycznym.
8	Jednokanałowy, antystatyczny dren wykonany ze zmiękczanego PCV
9	Kanał akustyczny o średnicy 4,0 mm
10	Miękkie, samouszczelniające się końcówki uszne (oliwki) wykonane ze zmiękczanego PCV o cienkich, elastycznych ściankach, mocowane do liry wewnętrzną tulejką.
11	Dren, oliwki, pierścienie głowicy wykonane w tym samym kolorze.
12	Stetoskop bez części wykonanych z naturalnego lateksu.
13	Pakowany w dwuczęściowe pudełko wraz z kompletem części zamiennych: oliwki, membrana, pierścienie wraz z użytkowym futerałem ochronnym z czarnej codury.
14	Możliwość wybrania kolorów drenu i oliwek – min.5 kolorów
15	Długość całkowita około: 71 cm Waga całkowita około: 115 g Waga głowicy około: 55 g Średnica membrany około: 43,8 mm Średnica lejka około: 23,0 mm Średnica kanałów akustycznych około: 4,0 mm
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
16	Gwarancja 36 miesięcy lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
17	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia.



	Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
18	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
19	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.
20	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
21	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkownika, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
22	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
23	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 36 – m- cy)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy



Pakiet nr 10

Lp.	Nazwa przedmiotu	Ilość/ j.m.	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Krzesło do pobierania krwi	1 szt.				
2	Wózek transportowy	1 szt.				
	Razem	X	X			

Krzesło do pobierania krwi

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I	Parametry wymagane
1	Model fabrycznie nowy.
2	Krzesło obrotowe, z regulowanym oparciem i wysokością siedziska, z dwoma stabilizatorami ręki o regulowanej wysokości.
3	Materiał obiciowy o zwiększonej odporności mechanicznej, odporny na środki dezynfekcyjne, w kolorze ciemnoniebieskim
4	Podstawa wykonana np. ze stali lakierowanej proszkowo w kolorze białym
5	Wysokość: 400-520 mm (+/- 5 cm) Szerokość siedziska: 460 mm (+/- 5 cm) Długość siedziska: 430 mm (+/- 5 cm) Wysokość całkowita 96-108 cm. (+/- 5 cm) Wymiar podłokietników: 40 x 15 cm (+/- 3 cm)
6	Płynna regulacja wysokości krzesła za pomocą podnośnika pneumatycznego
7	Dopuszczalne obciążenie min. 120 kg.
8	Deklaracja CE
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
9	Gwarancja 24 miesiące lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
10	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
11	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....

12	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.
13	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
14	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkowania, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
15	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
16	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia.
17	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 24 – m- ce)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

Wózek transportowy

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I	Parametry wymagane
1	Model fabrycznie nowy.
2	wymiary: szer. 60 cm (bez uchwytów) x głęb. 75 cm x 85 cm (bez kół)
3	Rama, poręcze i półki z aluminium, bądź stali kwasoodpornej
4	poręcze z dwóch krótszych boków
5	Dwie głębokie półki zapobiegające przesuwaniu się przewożonych przedmiotów, głębokość 7-10 cm
6	cztery koła samoskrętne Ø75mm, w tym dwa koła z blokadą nożną, ogumienie bezśladowe
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
7	Gwarancja 24 miesiące lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest



	dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
8	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
9	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
10	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.
11	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
12	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkownika, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
13	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
14	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 24 – m- ce)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

Pakiet nr 11

Lp.	Nazwa przedmiotu	Ilość/ j.m.	Cena jedn. netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej	1 szt.				

Dane ogólne	
Pełna nazwa	
Producent	
Kraj	
Dystrybutor / Oferent	

I	Parametry wymagane
1	Głębokość i częstość kompresji zgodnie z wytycznymi ERC 2015: Głębokość w zakresie od 5 cm do 6 cm, Częstość w zakresie od 100 do 120 ucisków/ min.
2	Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta
3	Tryby pracy: 30:2 ciągly
4	Uniesienia tłoka powyżej klatki piersiowej w celu ułatwienia pełnego rozprężenia klatki piersiowej podczas przerwy na wentylacji pacjenta.
5	Mechanizm zabezpieczający przy zastosowaniu mechanicznej kompresji przed urazami i pogłębianiem już istniejących.
6	Waga kompletnego urządzenia wraz z akcesoriami i torbą/ plecakiem - max. 12 kg
7	Możliwość mocowania urządzenia do deski ortopedycznej lub noszy głównych za pomocą dedykowanych, oryginalnych akcesoriów znajdujących się w komplecie urządzenia.
8	Klasa odporności min. IP43. > IP 43 parametr punktowany
9	Możliwość skonfigurowania ekranu startowego urządzenia na min. 3 różne sposoby.
10	Działanie w pełni elektryczne
11	Źródło zasilania: akumulator LiPo (w zestawie 2 sztuki) zasilanie z gniazda sieci 230V ~AC
12	Czas pracy na akumulatorze min.90 min.
13	Wskaźnik naładowania baterii
14	Czas ładowania akumulatora od 0-do100% bez względu na rodzaj zasilania 12 V lub 220-240V 0-100% - max 2,5 h
15	Możliwość podglądu z pozycji urządzenia ilość cykli ładowania baterii
16	Wyposażenie: Torbę lub plecak wykonana z materiału typu PAX PLAN lub poliwęglanu łatwego do czyszczenia i dezynfekcji , wyposażony w uchwyty umożliwiające transport urządzenia w różnych pozycjach (np. na plecach, przez ramię lub ręce), oraz wyjście zasilania umożliwiające ładowanie urządzenia bezpośrednio z torby/plecaka. Deska pod plecy przezierna dla promieni X Min. 2 wielorazowe elementy bezpośredniego kontaktu lub 20 jednorazowych elementów



	bezpośredniego kontaktu z klatą piersiową Ładowarka 230V Akumulator 2 sztuki
17	Deklaracja zgodności
18	Certyfikat CE
II	WARUNKI GWARANCJI I SERWISU
19	Gwarancja 24 miesiące lub zgodnie ze wskazaniem producenta (jeżeli okres gwarancji jest dłuższy niż wskazany w OPZ) licząc od daty przekazania Zamawiającemu przedmiotu zamówienia na podstawie podpisanego przez obie strony bezusterkowego protokołu odbioru potwierdzającego sprawność przedmiotu umowy, jego kompletność oraz zgodność z umową.
20	Gwarancja ma charakter pełny i obejmuje wszystkie elementy dostarczonego urządzenia. Koszty obsługi gwarancyjnej ponosi Wykonawca. Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z usunięciem wad fizycznej rzeczy lub związane z dostarczeniem rzeczy wolnej od wad.
21	Nieodpłatny serwis w trakcie trwania gwarancji na terenie kraju. Serwis upoważniony do wykonywania przeglądów i napraw Gwarancyjnych (podać w ofercie dokładny adres) nr telefonu..... oraz adres email:.....
22	Serwis dostępny w dni robocze, czas reakcji max. 48 godzin, usunięcie awarii w czasie nie przekraczającym 5 dni roboczych liczonych od momentu zgłoszenia usterki.
23	W przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni kalendarzowych dostarczenie urządzenia zastępczego o tych samych parametrach lub lepszych.
24	W okresie gwarancji Wykonawca zapewnia bezpłatne przeglądy urządzeń medycznych w terminach wynikających z gwarancji jakości producenta lub instrukcji użytkownika, jednakże nie rzadziej niż 1 raz w roku., przy czym ostatni przegląd gwarancyjny nastąpi w ostatnim miesiącu gwarancji.
III	WARUNKI DODATKOWE
25	Przejrzysta i pełna (krok po kroku) instrukcja obsługi i konserwacji sprzętu oraz instrukcja w języku polskim w wersji papierowej.
26	Wymagane certyfikaty, itp. oraz dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie UE i Polski zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 w tym dokumenty wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Potwierdzamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie opisane powyżej warunki.

Termin realizacji zamówienia: **zgodny z SIWZ.**

Gwarancja (min 24 – m- ce)

.....
podpis osoby upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

