**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 1- RESPIRATOR TRANSPORTOWY DLA DOROSŁYCH Z WYPOSAŻENIEM – 12 SZTUK**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| RESPIRATOR TRANSPORTOWY DLA DOROSŁYCH Z WYPOSAŻENIEM – 12 SZTUK | |
| Oferent/ Producent |  |
| Nazwa i typ respiratora |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Fabrycznie nowy, rok produkcji |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dane techniczne: | | | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **I PRZEZNACZENIE RESPIRATORA** | | | | | |
| 1 | Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia, zarówno inwazyjnej jak i nieinwazyjnej | | | Tak |  |
| 2 | Respirator przystosowany do wentylacji okresowej i ciągłej. | | | Tak |  |
| 3 | Waga respiratora: maksymalnie 6 kg z akumulatorami | | | Tak, podać |  |
| **II ZASILANIE RESPIRATORA** | | | | | |
| 4 | Własne zintegrowane źródło powietrza (turbina, tłok, kompresor) zapewniające ciągłe zasilanie respiratora w powietrze zarówno przy zasilaniu sieciowym jak i akumulatorowym | | | Tak |  |
| 5 | Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu poprzez przepływomierz, koncentratora lub butli tlenowej. Przepływ do 15 litrów na minutę | | | Tak |  |
| 6 | Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz | | | Tak |  |
| 7 | Zasilanie ze zintegrowanego akumulatora na minimum 8 godzin pracy (respirator wraz z wbudowanym źródłem powietrza) | | | Tak, podać |  |
| **III TRYBY WENTYLACJI** | | | | | |
| 8 | Wentylacja wspomagana/kontrolowana | | | Tak |  |
| 9 | SIMV Zsynchronizowana przerywana wentylacja  obowiązkowa dostępna z oddechem VCV oraz PCV | | | Tak |  |
| 10 | Wentylacja SPONTANICZNA | | | Tak |  |
| 11 | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/Ciągłe dodatnie  ciśnienie w drogach oddechowych  PEEP/CPAP | | | Tak |  |
| 12 | Wentylacja przy bezdechu/ Zabezpieczająca minimalna  częstość oddechowa | | | Tak |  |
| **IV RODZAJE ODDECHU WYMUSZONEGO** | | | | | |
| 13 | Oddech kontrolowany objętością VCV | | | Tak |  |
| 14 | Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV | | | Tak |  |
| 15 | Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV z docelową objętością (VT target, AutoFlow) | | | Tak |  |
| **V RODZAJE ODDECHU SPONTANICZNEGO** | | | | | |
| 16 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV | | | Tak |  |
| 17 | Oddech wspomagany ciśnieniem PSV z docelową objętością (VT target, VG) | | | Tak |  |
| 18 | CPAP Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych | | | Tak |  |
| **VI PARAMETRY REGULOWANE** | | | | | |
| 19 | Częstość oddechów w trybach kontrolowanych w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 55 na minutę | | | Tak |  |
| 20 | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 50 do 2000 ml | | | Tak |  |
| 21 | Docelowa objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 100 do 2000 ml | | | Tak |  |
| 22 | Stosunek wdech/ wydech zakres min. 1:1 do 1:4 | | | Tak |  |
| 23 | Szczytowe ciśnienie wdechowe w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 55 cmH2O | | | Tak |  |
| 24 | Ciśnienie wspomagania PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 55 cmH2O | | | Tak |  |
| 25 | Regulacja CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 4 do 20 mbar | | | Tak |  |
| 26 | Trigger wdechowy posiadający nie mniej niż 4 poziomy regulacji i funkcje wyłączenia | Tak | |  | |
| **VII INNE FUNKCJE WENTYLACJI** | | | | | |
| 27 | Możliwość wyboru krzywej przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo- kontrolowanych. Minimum prostokątna i opadająca | Tak | |  | |
| 28 | Regulacja narastania ciśnienia przy oddechu PCV min 3 poziomy | Tak | |  | |
| 29 | Regulacja procentowego kryterium przełączania na fazę wydechową w zakresie nie mniejszym niż od (-) 10 do (-) 80% przepływu szczytowego | Tak | |  | |
| 30 | Westchnienia automatyczne z regulacją parametrów | Tak | |  | |
| **VIII MONITOR GRAFICZNY** | | | | | |
| 31 | Wyświetlacz LCD umożliwiający wyświetlanie wszystkich parametrów wentylacji na jednej stronie | Tak | | |  |
| 32 | Ekrany dla monitorowania, ustawiania parametrów wentylacji i ustawiania alarmów | Tak | | |  |
| 33 | Możliwość wyświetlania krzywych oddechowych ciśnienie/czas i przepływ/czas z automatycznym dostosowaniem skali wykres | Tak | | |  |
| **IX POMIARY PARAMETRÓW WENTYLACJI** | | | | | |
| 34 | Pomiar ciśnienia szczytowego | Tak | | |  |
| 35 | Pomiar ciśnienia końcowo wydechowego | Tak | | |  |
| 36 | Pomiar całkowitej częstości oddychania | Tak | | |  |
| 37 | Pomiar rzeczywistej wydechowej objętości pojedynczego oddechu | Tak | | |  |
| 38 | Pomiar stosunku I/T. | Tak | | |  |
| 39 | Pomiar czasu wdechu | Tak | | |  |
| 40 | Pomiar czasu wydechu | Tak | | |  |
| 41 | Pomiar czasu bezdechu | Tak | | |  |
| 42 | Pomiar nieszczelności | Tak | | |  |
| 43 | Możliwość pomiaru stężenia wdechowego tlenu. Pomiar wyświetlany na ekranie respiratora | Tak | | |  |
| **X ALARMY** | | | | | |
| 44 | Hierarchia alarmów w zależności od ważności | Tak | | |  |
| 45 | Alarm zaniku zasilania sieciowego | Tak | | |  |
| 46 | Alarm zaniku zasilania bateryjnego | Tak | | |  |
| 47 | Alarm zbyt niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym | Tak | | |  |
| 48 | Alarm wysokiej objętości oddechowej | Tak | | |  |
| 49 | Alarm niskiej objętości oddechowej | Tak | | |  |
| 50 | Alarm wysokiego ciśnienia wdechowego | Tak | | |  |
| 51 | Alarm niskiego ciśnienia wdechowego/rozłączenia | Tak | | |  |
| 52 | Alarm wysokiej częstości oddechów | Tak | | |  |
| 53 | Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu | Tak | | |  |
| 54 | Możliwość przeglądania zapamiętanych alarmów (min 5 zdarzeń) | Tak | | |  |
| **XI INNE POŻĄDANE FUNKCJE I WYMAGANE WYPOSAŻENIE DODATKOWE** | | | | | |
| 55 | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | Tak | | |  |
| 56 | Możliwość pracy z układem wdechowym przeciekowym (Leakage valve) | Tak | | |  |
| 57 | Możliwość pracy z układem wdechowym jednoramiennym z zaworem wydechowym | Tak | | |  |
| 58 | Możliwość pracy z układem wdechowym dwuramiennym z zaworem wydechowym. Niezbędne elementy do podłączenia układu na wyposażeniu respiratora | Tak | | |  |
| 59 | 10 zestawów jednorazowych obwodów oddechowych z zaworem wydechowym dostosowanych do respiratora | Tak | | |  |
| 60 | Torba transportowa do każdego respiratora. | Tak | | |  |
| 61 | Sztuczne płuco testowe- worek testowy dla każdego respiratora 1szt. na 4 respiratory | Tak | | |  |
| **XII POZOSTAŁE** | | | | | |
| 62 | Respirator oprogramowany po polsku | | Tak | |  |
| 63 | Instrukcja obsługi w języku polskim | | Tak | |  |
| 64 | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji w czasie umożliwiającym przeszkolenie całego personelu pracującego w systemie zmianowym, w cenie dostawy.  Min 2 szkolenia | | Tak | |  |
| 65 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | | Tak | |  |
| 66 | Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne | | Tak | |  |
| 67 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz  podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | | Tak | |  |
| 68 | Okres gwarancji min. 2 lata | | Tak | |  |
| 69 | Gwarancja dostępności części zużywalnych, zamiennych oraz odczynników min. 5 lat od daty dostawy | | Tak | |  |
| 70 | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h (w dni robocze) wraz z opcją respiratora zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż 48h | | Tak | |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

…………………………………………………………………………………

(Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 1- RESPIRATOR WYSOKIEJ KLASY DLA DZIECI I DOROSŁYCH Z WYPOSAŻENIEM - szt. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| RESPIRATOR WYSOKIEJ KLASY DLA DZIECI I DOROSŁYCH Z WYPOSAŻENIEM | |
| Oferent/ Producent |  |
| Nazwa i typ respiratora |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Fabrycznie nowy, rok produkcji |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **I WYMAGANIA OGÓLNE** | | |
| 1 | | Respirator wysokiej klasy dla dzieci i dorosłych przeznaczony do stosowania na Oddziale Intensywnej Terapii dla pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia. Respirator stacjonarny na podstawie jezdnej, co najmniej dwa koła z blokadą. | Tak |  |
| 2 | | Zakres wagowy obejmuje pacjentów powyżej 5kg. | Tak |  |
| 3 | | Zasilanie powietrzem z centralnego źródła sprężonego gazu pod ciśnieniem min. od 2,8 do 5,5 bar. W przypadku innych zakresów do respiratora musi być dołączony odpowiedni reduktor. | Tak |  |
| 3 | | Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu pod ciśnieniem min. od 2,8 do 5,5 bar. W przypadku innych zakresów do respiratora musi być dołączony odpowiedni reduktor. | Tak |  |
| 5 | | Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz | Tak |  |
| 6 | | Awaryjne zasilanie ze zintegrowanego akumulatora na nie mniej niż 0,5 godziny pracy | Tak |  |
| 7 | | Podczas pracy respiratora na zasilaniu akumulatorowym możliwość użycia dodatkowego akumulatora i jego wymiany na nowy naładowany bez przerwy w pracy  respiratora. | Tak, podać |  |
| **II TRYBY WENTYLACJI** | | |
| 8 | | Wentylacja wspomagana/kontrolowana CMV/ Assist – IPPV | Tak |  |
| 9 | | Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV | Tak |  |
| 10 | | Wentylacja spontaniczna | Tak |  |
| 11 | | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP | Tak |  |
| 12 | | Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP, APRV | Tak |  |
| 13 | | Wentylacja nieinwazyjna NIV (wydzielony przycisk wyboru wentylacji nieinwazyjnej) | Tak |  |
| 14 | | Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów oddechowych i rodzaju oddechu VCV lub PCV | Tak |  |
| 15 | | Wdech manualny | Tak |  |
| 16 | | Oddech kontrolowany objętością VCV | Tak |  |
| 17 | | Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV | Tak |  |
| 18 | | Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC, AutoFlow, APV, VC+ | Tak |  |
| 19 | | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV/ASB | Tak |  |
| 20 | | Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheotomijnej typu ATC, TC, TRC | Tak |  |
| 21 | | Proporcjonalne wspomaganie oddechu spontanicznego PAV+ zgodne z algorytmem Younesa umożliwiające naturalną zmienność wzorca oddechowego z  automatycznym dostosowaniem wspomagania do zmian mierzonych parametrów płuc - minimum podatności, elastancji i oporów oddechowych pacjenta lub  proporcjonalne wspomaganie oddechu spontanicznego PPS bez automatycznego dostosowywanie wspomagania ale z możliwością przełączenia na wentylację ze  zmiennym wspomaganiem ciśnieniowym Variable Pressure Support, generującą zmienne ciśnienie wspomagania, mechanicznie naśladujące zmienność naturalnego  trybu oddechowego. | Tak |  |
| 22 | | Oddech spontaniczny wspomagany objętością VSV | Tak |  |
| **III PARAMETRY NASTAWIALNE** | | |
| 23 | | Częstość oddechów w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 100 na minutę | Tak |  |
| 24 | | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 30 do 2000 ml | Tak |  |
| 25 | | Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo- kontrolowanych w zakresie nie mniejszym niż od 6 do150 l/min | Tak |  |
| 26 | | Stosunek wdechu do wydechu I:E w zakresie nie mniejszym niż od 1: 9 do 4:1 | Tak |  |
| 27 | | Czas wdechu Ti od 0.2 do 5.0s | Tak |  |
| 28 | | Czas plateau w zakresie nie mniejszym niż od 0,0 do 2,0 s. | Tak |  |
| 29 | | Ciśnienie wdechowe PCV w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 80 cmH2O | Tak |  |
| 30 | | Ciśnienie wspomagania PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 60 cmH2O | Tak |  |
| 31 | | Ciśnienie PEEP/CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 40 cmH2O | Tak |  |
| 32 | | Płynnie regulowany czas lub współczynnik narastania przepływu /ciśnienia dla PCV/PSV/ASB | Tak |  |
| 33 | | Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 50% | Tak |  |
| 34 | | Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 0,5 do 15 l/min | Tak |  |
| 35 | | Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta w zakresie nie mniejszym niż od 0,5 do 15 cmH2O | Tak, podać |  |
| 36 | | Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie przez mieszalnik elektroniczno -pneumatyczny kontrolowany mikroprocesorowo w zakresie od 21 do 100% co 1%. | Tak |  |
| **IV POMIARY PARAMETRÓW** | | |
| 37 | | Integralny pomiar stężenia tlenu | Tak |  |
| 38 | | Pomiar całkowitej częstości oddychania | Tak |  |
| 39 | | Pomiar objętości pojedynczego oddechu | Tak |  |
| 40 | | Pomiar całkowitej objętości wentylacji minutowej | Tak |  |
| 41 | | Pomiar objętości spontanicznej wentylacji minutowej | Tak |  |
| 42 | | Pomiar ciśnienia szczytowego | Tak |  |
| 43 | | Pomiar średniego ciśnienia w układzie oddechowym | Tak |  |
| 44 | | Pomiar stosunku wdech/wydech I:E | Tak |  |
| 45 | | Pomiar ciśnienia plateau | Tak |  |
| 46 | | Pomiar ciśnienia PEEP/CPAP | Tak |  |
| 47 | | Pomiar ciśnienia AutoPEEP | Tak |  |
| 48 | | Pomiar podatności statycznej płuc pacjenta | Tak, podać |  |
| 49 | | Pomiar oporności wdechowej płuc pacjenta | Tak |  |
| 50 | | Pomiar NIF/MIP maksymalnego ciśnienia wdechowego, negatywnej siły wdechowej. | Tak |  |
| 51 | | Pomiar P 0,1 ciśnienia okluzji po 100 ms. | Tak |  |
| 52 | | Indeks dyszenia RSB/SBI (f/Vt) | Tak |  |
| 53 | | Pomiar objętości przecieku w fazie wdechu przy włączonej funkcji kompensacji nieszczelności | Tak |  |
| 54 | | Pomiar przecieku w fazie wydechowej przy danym ciśnieniu PEEP przy włączonej funkcji kompensacji nieszczelności | Tak |  |
| **V MONITOR GRAFICZNY** | | |
| 55 | | Podstawowy kolorowy monitor o przekątnej całkowitej minimum 14” do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji | Tak, podać przekątną całkowitą |  |
| 56 | | Możliwość obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej lub/i pionowej w stosunku do respiratora | Tak |  |
| 57 | | Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu. Co najmniej 3 krzywe jednocześnie na ekranie. | Tak |  |
| 58 | | Graficzna prezentacja pętli ciśnienie- objętość oraz przepływ- objętość. | Tak |  |
| 59 | | Dodatkowy wyświetlacz, ekran itp. informujący o podstawowych parametrach wentylacji przy uszkodzeniu ekranu głównego | Tak, podać |  |
| 60 | | Możliwość jednoczesnej prezentacji krzywych i pętli na ekranie | Tak |  |
| 61 | | Możliwość prezentacji danych z ostatnich 48 godzin . Trendy w postaci graficznej i tabelarycznej | Tak |  |
| **VI ALARMY / SYGNALIZACJA** | | |
| 62 | | Hierarchia alarmów w zależności od ważności | Tak |  |
| 63 | | Alarm zaniku zasilania sieciowego | Tak |  |
| 64 | | Alarm zaniku zasilania bateryjnego | Tak |  |
| 65 | | Alarm niskiego ciśnienia tlenu | Tak |  |
| 66 | | Alarm niskiego ciśnienia powietrza | Tak |  |
| 67 | | Alarm zbyt niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym | Tak |  |
| 68 | | Alarm wysokiej całkowitej objętości minutowej | Tak |  |
| 69 | | Alarm niskiej całkowitej objętości minutowej | Tak |  |
| 70 | | Alarm wysokiego ciśnienia | Tak |  |
| 71 | | Alarm niskiego ciśnienia wdechowego lub rozłączenia układu oddechowego | Tak |  |
| 72 | | Alarm wysokiej częstości oddechów | Tak |  |
| 73 | | Alarm wysokiej objętości oddechowej | Tak |  |
| 74 | | Alarm niskiej objętości oddechowej | Tak |  |
| 75 | | Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu | Tak |  |
| 76 | | Pamięć alarmów z komentarzem | Tak |  |
| **VII INNE FUNKCJE I WYPOSAŻENIE** | | | | |
| 77 | | Alarm wizualny widoczny z każdej strony respiratora w zakresie 360o | Tak, podać |  |
| 78 | | Zachowanie ciągłości wentylacji poprzez obejście elementów podejrzanych o uszkodzenie, gdy testy diagnostyczne prowadzone w tle normalnej pracy wykryją problem dotyczący elementów mieszania gazów, systemu wdechowego lub systemy wydechowego. Funkcja ta ma za zadanie dać operatorowi czas na wymianę respiratora na sprawny. | Tak, podać |  |
| 79 | | Możliwość wyboru krzywej przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo- kontrolowanych. Minimum prostokątna i opadająca | Tak, podać |  |
| 80 | | Możliwość regulowanego wspomagania oddechu spontanicznego ciśnieniem PSV na obu poziomach ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, APRV | Tak, podać |  |
| 81 | | Automatyczna kompensacja przecieków możliwa do włączenia w trybach inwazyjnych i nieinwazyjnych wentylacji | Tak |  |
| 82 | | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | Tak |  |
| 83 | | Łatwy wybór elementów obsługi na ekranie poprzez dotyk | Tak |  |
| 84 | | Możliwość powrotu do nastawień ostatniego pacjenta po wyłączeniu aparatu | Tak |  |
| 85 | | Wstępne ustawienie parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta IBW lub wzrostu | Tak |  |
| 86 | | Test aparatu sprawdzający poprawność działania i szczelność układu oddechowego wykonywany automatycznie lub na żądanie użytkownika | Tak |  |
| 87 | | Wydechowy filtr przeciwbakteryjny z pojemnikiem na skropliny dla każdego respiratora (2 kpl. wielorazowe lub 100 szt. jednorazowych do każdego respiratora) | Tak |  |
| 88 | | Wdechowy filtr przeciwbakteryjny dla każdego respiratora (2 kpl. wielorazowe lub 100 szt. jednorazowych do każdego respiratora) | Tak |  |
| 89 | | Sztuczne płuco testowe- worek testowy dla każdego respiratora | Tak |  |
| 90 | Ramię do podtrzymywania rur pacjenta. | Tak |  |
| 91 | Kompletny układ oddechowy dla dorosłych jednorazowy. 15 kompletnych układów. | Tak |  |
| 92 | Nebulizator wielorazowy niewymagający przepływu gazu do napędu, do podawania leków w formie aerozolu przeznaczony do pracy z pacjentami intubowanymi i wentylowanymi nieinwazyjnie przez maskę. Aparat do stosowania u pacjentów podłączonych do respiratora a także u oddychających spontanicznie. MMAD < 4.0 µm. | Tak |  |
| 93 | Złącze do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi umożliwiające przesyłanie danych z respiratora. | Tak |  |
| **VIII POZOSTAŁE** | |
| 94 | Respirator oprogramowany po polsku | Tak |  |
| 95 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 96 | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji w czasie umożliwiającym przeszkolenie całego personelu pracującego w systemie zmianowym, w cenie dostawy.  Min 2 szkolenia | Tak |  |
| 97 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
| 98 | Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne | Tak |  |
| 99 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz  podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
| 100 | Okres gwarancji min. 2 lata | Tak |  |
| 101 | Gwarancja dostępności części zużywalnych, zamiennych oraz odczynników min. 5 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 102 | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h (w dni robocze) wraz z opcją respiratora zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż 48h | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

…………………………………………………………………………………

(Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 2 - DEFIBRYLATOR DWUFAZOWY – szt. 1.**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| DEFIBRYLATOR DWUFAZOWY | |
| Oferent/ Producent |  |
| Nazwa i typ respiratora |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Fabrycznie nowy, rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Certyfikat CE | Tak |  |
| **I INFORMACJE OGÓLNE** | | | |
| 2 | Defibrylator dwufazowy z możliwością wykonania defibrylacji, kardiowersji i stymulacji przezskórnej | Tak |  |
| 3 | Defibrylacja dorosłych i dzieci | Tak |  |
| 4 | Ekran monitora: kolorowy, przekątna min. 6,5 cala, wykonana w technologii LCD TFT z aktywną matrycą | Tak, podać |  |
| 5 | Rozdzielczość min..: 640 x 480 pikseli | Tak, podać |  |
| 6 | Zasilanie z sieci 230 V/50Hz | Tak |  |
| 7 | Dwufazowa fala defibrylacji | Tak |  |
| 8 | 1. Energia wstrząsu min. od 1 do 300 J | Tak |  |
| 9 | Energia dostępna na min. 19 poziomach | Tak |  |
| 10 | 1. Czas ładowania do pełnej energii < 10 sek | Tak, opisać |  |
| 11 | 1. Defibrylacja ręczna – prowadzona przez twarde łyżki zewnętrzne dla dorosłych i zintegrowane mniejsze łyżki dla dzieci | Tak, podać |  |
| 12 | 1. Defibrylacja synchroniczna (kardiowersji), prowadzona przy użyci łyżek defibrylatora | Tak |  |
| 13 | Monitorowanie EKG –  poprzez kabel pacjenta 3 odprowadzeniowy umożliwiający obserwację 6 odprowadzeń EKG jednocześnie (I, II, III, aVr, aVl, aVf), | Tak |  |
| 14 | Zakres pomiaru HR min. od 15 do 300 u./min. | Tak |  |
| 15 | Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany w zakresie min. od 15 do 300 u./min | Tak |  |
| 16 | Alarm wizualny i dźwiękowy z możliwością zawieszenia i wyłączenia alarmu. | Tak |  |
| 17 | Pomiar oddechu w zakresie min. 5-120 oddechów/min. z prezentacją krzywej oddechu. | Tak |  |
| 18 | Alarm bezdechu w zakresie min. 5-45 s. | Tak |  |
| 19 | Stymulacja przezskórna. Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym | Tak |  |
| 20 | Częstotliwość stymulacji w zakresie co najmniej 30-170 imp./min | Tak |  |
| 21 | Natężenie prądu stymulacji w zakresie co najmniej 20-180 mA | Tak |  |
| 22 | Możliwość ustawienia przez użytkownika histerezy i czasu refrakcji | Tak |  |
| 23 | Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości min. 50 mm | Tak |  |
| 24 | Automatyczny auto-test wykonywany bez udziału użytkownika | Tak |  |
| 25 | Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora fali EKG i krzywej pletyzmograficznej z ostatnich 6 godzin monitorowania oraz min. 500 zdarzeń defibrylator z możliwością kopiowania tych danych na kartę SD i odtwarzania w komputerze użytkownika | Tak |  |
| 26 | Zasilanie z akumulatora wewnętrznego z możliwością min. 1,5 godzinnego monitorowania pacjenta lub możliwość wykonania min. 50 defibrylacji maksymalną energią z zasilania akumulatorowego. | Tak |  |
| 27 | Możliwość nieograniczonego w czasie monitorowania i wykonania dowolnej liczby defibrylacji z zasilania sieciowego. | Tak |  |
| 28 | Ciężar samego defibrylatora z wbudowanymi parametrami wraz z akumulatorem i łyżkami twardymi dla dzieci i dorosłych poniżej 7 kg | Tak |  |
| 29 | Możliwość rozbudowy defibrylatora o:  - moduł pomiaru SpO2 (technologia Nellcor) - moduł pomiaru NIBP | Tak |  |
|  | **II INFORMACJE DODATKOWE** | | |
| 30 | Gwarancja na sprzęt min. 24 miesiące | Tak |  |
| 31 | Foldery produktu i instrukcja w języku polskim, szkolenie dla personelu OIT | Tak |  |
| 32 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
| 33 | serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz  podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
| 34 | Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne | Tak |  |
| 35 | Serwis dostępny na terenie Polski | Tak |  |
| 36 | Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. | Tak, podać |  |
| 37 | Koszt dostawy sprzętu ponosi dostawca. | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

…………………………………………………………………………………

(Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 2 - MONITOR FUNKCJI ŻYCIOWYCH – 7 SZTUK**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| MONITOR FUNKCJI ŻYCIOWYCH – 7 SZTUK | |
| Producent |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Wpis do rejestru Wyrobów Medycznych lub Certyfikat CE. (Podać numer i stronę w ofercie na której załączono kopię) | Tak |  |
| 2 | Obudowa wykonana z antybakteryjnego tworzywa, zapobiegająca przedostawaniu się bakterii , drobnoustrojów i mikro wirusów. Kardiomonitor posiada certyfikat wydany przez jednostkę do tego upoważnioną. (Podać numer i stronę w ofercie na której załączono dokument). | Tak, załączyć do oferty |  |
| **I WYMAGANIA OGÓLNE MONITORA FUNKCJI ŻYCIOWYCH** | | | |
| 3 | Modułowo – kompaktowa lub kompaktowa konstrukcja monitora. Monitor konfigurowalny wszystkie mierzone parametry dostępne w postaci jedno lub wieloparametrowych modułów zabudowanych wewnątrz monitora.  Pomiar wszystkich wymaganych parametrów na każdym stanowisku. | Tak |  |
| **II EKRAN** | | | |
| 4 | Ekran kolorowy, pojedynczy, zintegrowany z obudową monitora, aktywna matryca TFT.  Przekątna ekranu min. 10" | Tak |  |
| 5 | Jednoczesna prezentacja min. 10 różnych krzywych dynamicznych na ekranie | Tak |  |
| 6 | Rozdzielczość ekranu min. 800x600 | Tak |  |
| **III OBSŁUGA** | | | |
| 7 | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | Tak |  |
| 8 | Komunikacja z użytkownikiem poprzez przyciski skrótów i pokrętło | Tak |  |
| 9 | Automatyczna rekonfiguracja ustawień ekranu monitora w zależności od podłączonych akcesoriów pomiarowych. | Tak |  |
| **IV ZASILANIE** | | | |
| 10 | Monitory zasilane elektrycznie 100 - 240 VAC/50 Hz | Tak |  |
| 11 | Zasilanie awaryjne z wbudowanego akumulatora na min. 120 minut pracy | Tak |  |
| 12 | Chłodzenie monitora aktywne | Tak |  |
| **V PRACA W SIECI** | |  |  |
| 13 | Monitor z opcją pracy w sieci przewodowej LAN lub bezprzewodowej Ethernet | Tak |  |
| 14 | Opcja drukarki termicznej 3 kanałowej i możliwość drukowania na drukarce laserowej podłączonej do sieci monitorowania. | Tak |  |
| **VI ALARMY** | | | |
| 15 | Wszystkie mierzone parametry, alarmy i nastawy dla różnych kategorii wiekowych | Tak |  |
| 16 | Alarmy min. 3 stopniowe (wizualne i akustyczne), rozróżnialne kolorem oraz tonem, wszystkich mierzonych parametrów z możliwością ustawiania granicy alarmów przez użytkownika. | Tak |  |
| 17 | Historia alarmów – zapamiętywanie 128 grup odcinków krzywych dynamicznych związanych z sytuacjami alarmowymi | Tak |  |
| **VII ZAPAMIĘTYWANIE DANYCH** | | | |
| 18 | Pamięć i prezentacja trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 168 godziny | Tak |  |
| **VIII MIERZONE PARAMETRY** | | | |
| 19 | **EKG w każdym monitorze.** Możliwość ciągłej rejestracji i równoczasowej prezentacji na ekranie monitora co najmniej 5 odprowadzeń EKG ( I, II, III, aVL, aVR, aVF, V1 do V6)  Pomiar częstości pracy serca w zakresie: min. 10-300 ud/min.  Akcesoria na każdy monitor: przewód pacjenta 5 odprowadzeniowy x 1 szt.  Wzmocnienie AUTO, 0,25, 0,5, 1, 2, 4X | Tak |  |
| 20 | **Analiza odcinka ST w każdym monitorze**  Analiza odchylenia odcinka ST. Możliwość prezentacji analizy ST w czasie rzeczywistym. | Tak |  |
| 21 | **Analiza arytmii w każdym monitorze**  Rozpoznawanie min. 16 rodzajów zaburzeń. | Tak |  |
| 22 | **Oddech w każdym monitorze**  Pomiar oddechu metodą impedancyjną. Prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów na minutę.  Zakres pomiarowy częstości oddechów min.: 0-150 odd./min.  Wzmocnienie: 1x, 2x, 4x  Pomiar bezdechu w zakresie min. 10 – 60 sekund. | Tak |  |
| 23 | **Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi w każdym monitorze**  Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczną.  Pomiar automatyczny, co określony czas, regulowany w zakresie min. 1 – 480 minut z możliwością dodatkowych pomiarów ręcznych. Pomiar ręczny i pomiar ciągły.  Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej - alarmy dla każdej wartości. Min. zakres pomiarowy: 10 – 270 mmHg Akcesoria na każdy monitor:  - wężyk standardowy (dla dzieci i dorosłych) łączący mankiet z monitorem x 1 szt.  - mankiet do pomiaru NIBP, wielorazowy dla dorosłych x 3 szt. w różnych rozmiarach ( Dwa w różnych rozmiarach dla dorosłych , jeden dla dzieci) | Tak |  |
| 24 | **Pomiar saturacji w każdym monitorze**  Pomiar z wykluczeniem artefaktów ruchowych.  Zakres pomiarowy SpO2: 0 – 100%  Min. zakres pomiarowy pulsu: 25 – 250 ud./min.  Akcesoria każdy monitor:  - adapter łączący czujnik pomiarowy z monitorem x 1 szt.  - czujnik do pomiaru SpO2 typu klips na palec x 1 szt. | Tak |  |
| 25 | **Pomiar temperatury w każdym monitorze**  Pomiar temperatury obwodowej (powierzchniowej) i centralnej (wewnętrznej).  Jednoczesne wyświetlanie 2 wartości temp. T1 i T2, oraz różnicy temperatur.  Min. zakres pomiarowy: 25 – 50,0 °C dokładność minimum ±0,1°C  Akcesoria na każdy monitor:  - czujnik do pomiaru temp. powierzchniowej x 1 szt. | Tak |  |
| 26 | Na wyposażeniu statyw jezdny wyposażony w koszyk do akcesoriów dodatkowych. Statyw jezdny metalowy wyposażony w min 5 kółek | Tak |  |
| **IX POZOSTAŁE** | | | |
| 27 | Monitor oprogramowany po polsku | Tak |  |
| 28 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 29 | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji w czasie umożliwiającym przeszkolenie całego personelu pracującego w systemie zmianowym, w cenie dostawy.  Min 2 szkolenia | Tak |  |
| 30 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
| 31 | Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne | Tak |  |
| 32 | Magazyn części zamiennych na terenie polski | Tak |  |
| 33 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny (na terenie Polski) zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz  podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
| 34 | Okres gwarancji min. 2 lata | Tak |  |
| 35 | Gwarancja dostępności części zużywalnych, zamiennych oraz odczynników min. 5 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 36 | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h (w dni robocze) wraz z opcją respiratora zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż 48h | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

…………………………………………………………………………………

(Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 2 - KARDIOMONITOR – 5 SZTUK**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| KARDIOMONITOR – 5 SZTUK | |
| Producent |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji (fabrycznie nowy rok 2015) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Wpis do rejestru Wyrobów Medycznych lub Certyfikat CE. (Podać numer i stronę w ofercie na której załączono kopię) | Tak |  |
| 2 | Obudowa wykonana z antybakteryjnego tworzywa, zapobiegająca przedostawaniu się bakterii , drobnoustrojów i mikro wirusów. Kardiomonitor posiada certyfikat wydany przez jednostkę do tego upoważnioną. (Podać numer i stronę w ofercie na której załączono dokument). | Tak, załączyć do oferty |  |
| **I WYMAGANIA OGÓLNE MONITORA FUNKCJI ŻYCIOWYCH** | | | |
| 3 | Modułowo – kompaktowa lub kompaktowa konstrukcja monitora. Monitor konfigurowalny wszystkie mierzone parametry dostępne w postaci jedno lub wieloparametrowych modułów zabudowanych wewnątrz monitora.  Pomiar wszystkich wymaganych parametrów na każdym stanowisku. | Tak |  |
| **II EKRAN** | | | |
| 4 | Ekran kolorowy, pojedynczy, zintegrowany z obudową monitora, aktywna matryca TFT.  Przekątna ekranu min. 17" | Tak |  |
| 5 | Jednoczesna prezentacja min. 10 różnych krzywych dynamicznych na ekranie | Tak |  |
| 6 | Rozdzielczość ekranu min. 1024 x 768 | Tak |  |
| **III OBSŁUGA** | | | |
| 7 | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | Tak |  |
| 8 | Komunikacja z użytkownikiem poprzez przyciski skrótów i pokrętło | Tak |  |
| 9 | Automatyczna rekonfiguracja ustawień ekranu monitora w zależności od podłączonych akcesoriów pomiarowych. | Tak |  |
| **IV ZASILANIE** | | | |
| 10 | Monitory zasilane elektrycznie 100 - 240 VAC/50 Hz | Tak |  |
| 11 | Zasilanie awaryjne z wbudowanego akumulatora na min. 120 minut pracy | Tak |  |
| 12 | Chłodzenie monitora aktywne | Tak |  |
| **V PRACA W SIECI** | |  |  |
| 13 | Monitor z opcją pracy w sieci przewodowej LAN lub bezprzewodowej Ethernet | Tak |  |
| 14 | Opcja drukarki termicznej 3 kanałowej i możliwość drukowania na drukarce laserowej podłączonej do sieci monitorowania. | Tak |  |
| **VI ALARMY** | | | |
| 15 | Wszystkie mierzone parametry, alarmy i nastawy dla różnych kategorii wiekowych | Tak |  |
| 16 | Alarmy min. 3 stopniowe (wizualne i akustyczne), rozróżnialne kolorem oraz tonem, wszystkich mierzonych parametrów z możliwością ustawiania granicy alarmów przez użytkownika. | Tak |  |
| 17 | Historia alarmów – zapamiętywanie 128 grup odcinków krzywych dynamicznych związanych z sytuacjami alarmowymi | Tak |  |
| **VII ZAPAMIĘTYWANIE DANYCH** | | | |
| 18 | Pamięć i prezentacja trendów tabelarycznych i graficznych mierzonych parametrów min. 168 godziny | Tak |  |
| **VIII MIERZONE PARAMETRY** | | | |
| 19 | **EKG w każdym monitorze.** Możliwość ciągłej rejestracji i równoczasowej prezentacji na ekranie monitora co najmniej 5 odprowadzeń EKG ( I, II, III, aVL, aVR, aVF, V1 do V6)  Pomiar częstości pracy serca w zakresie: min. 10-300 ud/min.  Akcesoria na każdy monitor:  **przewód pacjenta 5 odprowadzeniowy x 1 szt. + 5 końcówek EKG**  Wzmocnienie AUTO, 0,25, 0,5, 1, 2, 4X - przewód pacjenta 3 odprowadzeniowy – 1 szt. | Tak |  |
| 20 | **Analiza odcinka ST w każdym monitorze**  Analiza odchylenia odcinka ST. Możliwość prezentacji analizy ST w czasie rzeczywistym. | Tak |  |
| 21 | **Analiza arytmii w każdym monitorze**  Rozpoznawanie min. 16 rodzajów zaburzeń. | Tak |  |
| 22 | **Oddech w każdym monitorze**  Pomiar oddechu metodą impedancyjną. Prezentacja krzywej oddechowej i ilości oddechów na minutę.  Zakres pomiarowy częstości oddechów min.: 0-150 odd./min.  Wzmocnienie: 1x, 2x, 4x  Pomiar bezdechu w zakresie min. 10 – 60 sekund. | Tak |  |
| 23 | **Nieinwazyjny pomiar ciśnienia krwi w każdym monitorze**  Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczną.  Pomiar automatyczny, co określony czas, regulowany w zakresie min. 1 – 480 minut z możliwością dodatkowych pomiarów ręcznych. Pomiar ręczny i pomiar ciągły.  Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej - alarmy dla każdej wartości. Min. zakres pomiarowy: 10 – 270 mmHg Akcesoria na każdy monitor:  - wężyk standardowy (dla dzieci i dorosłych) łączący mankiet z monitorem x 1 szt.  - mankiet do pomiaru NIBP, wielorazowy dla dorosłych x 2 szt. w różnych rozmiarach.  - przewód łączący monitor z modułem | Tak |  |
| 24 | **Pomiar saturacji w każdym monitorze**  Pomiar z wykluczeniem artefaktów ruchowych.  Zakres pomiarowy SpO2: 0 – 100%  Min. zakres pomiarowy pulsu: 25 – 250 ud./min.  Akcesoria każdy monitor:  - adapter łączący czujnik pomiarowy z monitorem x 1 szt.  - czujnik do pomiaru SpO2 typu klips na palec x 1 szt. | Tak |  |
| 25 | **Pomiar temperatury w każdym monitorze**  Pomiar temperatury obwodowej (powierzchniowej) i centralnej (wewnętrznej).  Jednoczesne wyświetlanie 2 wartości temp. T1 i T2, oraz różnicy temperatur.  Min. zakres pomiarowy: 25 – 50,0 °C dokładność minimum ±0,1°C  Wielorazowa sonda do pomiaru temperatury - 1 szt do każdego monitora. | Tak |  |
| 26 | **Pomiar kapnografii**  Pomiar dla pacjentów zaintubowanych i niezaintubowanych. Pomiar w strumieniu bocznym. Prezentacja cyfrowa. Prezentacja krzywej kapnograficznej.  Wyposażenie: zestaw linii pomiarowych do pomiaru kapnografii do każdego monitora. | Tak |  |
| 27 | **Inwazyjny pomiar ciśnienia krwi**  Pomiar w min. 2 kanałach.  Pomiar ciśnienia: -50 do +300 mmHg. Prezentacja krzywych dynamicznych i odczytów cyfrowych ciśnienia na ekranie monitora.  Wyposażenie: kabel interfejsowy IBP – 2 szt. do każdego monitora, jednorazowe przetworniki do pomiaru ciśnienia – 2 szt. do każdego monitora. | Tak |  |
| **IX POZOSTAŁE** | | | |
| 28 | **w 2 monitorach moduł pomiaru rzutu serca metodą mało inwazyjną PICCO lub Vigileo wraz z kablem łączącym do przetwornika** | Tak, podać |  |
| 29 | Monitor oprogramowany po polsku | Tak |  |
| 30 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 31 | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji w czasie umożliwiającym przeszkolenie całego personelu pracującego w systemie zmianowym, w cenie dostawy.  Min 2 szkolenia. | Tak |  |
| 32 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
| 33 | Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne | Tak |  |
| 34 | Magazyn części zamiennych na terenie Polski | Tak |  |
| 35 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny (na terenie Polski) zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz  podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
| 36 | Okres gwarancji min. 2 lata | Tak |  |
| 37 | Gwarancja dostępności części zużywalnych, zamiennych oraz odczynników min. 5 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 38 | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h (w dni robocze) wraz z opcją respiratora zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż 48h | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

………………………………………………………………………………… (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 3 - ŁÓŻKO SZPITALNE STEROWANE ELEKTRYCZNIE WRAZ Z WYPOSAŻENIEM – 12 SZTUK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | | | |
| ŁÓŻKO SZPITALNE STEROWANE ELEKTRYCZNIE WRAZ Z WYPOSAŻENIEM – 12 SZTUK | | | |
| Producent | |  | |
| Oferowany model | |  | |
| Rok produkcji | |  | |
| L.p. | Parametr | Wymagane | **Parametr oferowany** |
| 1 | Szczyty łóżka tworzywowe z jednolitego odlewu bez miejsc klejenia/skręcania, wyjmowane od strony nóg i głowy z możliwością zablokowania szczytu przed wyjęciem na czas transportu łóżka w celu uniknięcia wypadnięcia szczytu i stracenia kontroli nad łóżkiem. | TAK |  |
| 2 | Barierki boczne metalowe, lakierowane proszkowo, składające się z min. 4 profili poziomych, składane wzdłuż ramy leża, łatwo demontowane bez użycia narzędzi, zgodne z normą EN 60601-2-52, wysokość barierek min. 470 mm nad poziomem leża bez materaca | TAK |  |
| 3 | Leże 4-sekcyjne wypełnione w oparciu pleców płytą HPL – przezierną dla promieni RTG, a w pozostałych segmentach wypełnione metalowymi, profilowanymi, lakierowanymi proszkowo lamelami, przymocowanymi na stałe do leża. Szerokość pojedynczej lameli min. 80 mm | TAK |  |
| 4 | Koła metalowe o średnicy 150mm(+/-15mm). Wewnętrzna część koła zabezpieczona tworzywowym spodkiem, koło montowane za pomocą metalowego uchwytu. | TAK  (podać) |  |
| 5 | Koła z systemem centralnej blokady, z min. 2 niezależnymi dźwigniami, z funkcją jazdy kierunkowej | TAK |  |
| 6 | Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:   * Pilota przewodowego: regulacja kąta nachylenia segmentu pleców, ud oraz wysokości, a także autokontur | TAK |  |
| 7 | Długość zewnętrzna łóżka – 2150mm (+/- 40mm) | TAK  (podać) |  |
| 8 | Funkcja przedłużenia leża min 220mm (+/-40mm) | TAK  (podać) |  |
| 9 | Szerokość zewnętrzna łóżka – 950mm (+/-40mm) | TAK  (podać) |  |
| 10 | Wymiary leża 2000mm x 870mm (+/- 40mm) | TAK  (podać) |  |
| 11 | Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 380 mm do 750 mm (+/- 40mm), gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka i zapobiegająca „zeskakiwaniu z łóżka” /nie dotykaniu pełnymi stopami podłogi podczas opuszczania łóżka/. Nie dopuszcza się rozwiązań o wysokości minimalnej wyższej narażającej pacjenta na ryzyko upadków | TAK  (podać) |  |
| 12 | Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70° (+/-5o) | TAK  (podać) |  |
| 13 | Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 30° (+/-5o) | TAK  (podać) |  |
| 14 | Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka. | TAK |  |
| 15 | Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu lub w sytuacjach zaniku prądu. | TAK |  |
| 16 | Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków na pilocie | TAK |  |
| 17 | Funkcja autoregresji segmentu pleców oraz uda, niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąca funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4. W segmencie pleców: min.9cm, w segmencie uda: min.5cm. | TAK  (podać) |  |
| 18 | Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy przycisków na pilocie | TAK |  |
| 19 | Funkcja CPR regulowana mechanicznie (manualnie) | TAK |  |
| 20 | Blokada funkcji na pilocie za pomocą klucza | TAK |  |
| 21 | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 220kg | TAK  (podać) |  |
| 22 | Wyposażenie:  - Materac szpitalny o gr. min. 12 cm - min. 3 warstwowy - środek z pianki wtórnie spienionej typu R o gęstości min. T-70, warstwy zewnętrzne z pianki PUR min. T-38. Materac w pokrowcu z tkaniny nieprzemakalnej, paro przepuszczalnej z możliwością prania w temperaturze min. 95 stopni  - szafka przyłóżkowa o konstrukcji tworzywowej wraz z blatem z wypełnieniami z tworzywa. Szafka wyposażona w wysuwany spod blatu głównego blat do pisania, czytania lub postawienia kubka z piciem. Wysuwana szuflada i kontener z drzwiczkami z dwoma półkami na rzeczy pacjenta. Po bokach szafki haczyki i reling na ręcznik, chowane do boku szafki. Szafka na kółkach. Wymiary szafki : (wys. x szer. x gł. ) 825x430x430 mm +/- 20mm. | TAK |  |
| 23 | instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 24 | dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji | Tak |  |
| 25 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
| 26 | Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne | Tak |  |
| 27 | serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
| 28 | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

…………………………………………………………………………………

(Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 3 - MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY WRAZ Z POMPĄ – 12 SZTUK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | | | |
| MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY WRAZ Z POMPĄ – 12 SZTUK | | | |
| Producent | |  | |
| Oferowany model | |  | |
| Rok produkcji | |  | |
| L.p. | Parametr | Wymagane | **Parametr oferowany** |
| 1 | Wymiary dopasowane do leża łóżka: 200 x 85 cm (+/- 5%) wysokość materaca min. 11 cm | TAK |  |
| 2 | Komory materaca wykonane z medycznego poliuretanu | TAK |  |
| 3 | Wytrzymałość mechaniczna min. 170 kg | TAK |  |
| 4 | Oddychający nieprzemakalny pokrowiec barierowy – okalający cały materac, nie przepuszczający cieczy, mikroorganizmów, bakterii, niepalny/ognioodporny – właściwości potwierdzone wynikami niezależnego laboratorium akredytowanego | TAK |  |
| 5 | Regulowana wartość ciśnienia w pompie zasilającej w zakresie: 20 – 60 mmHg | TAK |  |
| 6 | Ciśnienie wtłaczane naprzemiennie do komór, czas cyklu 10– 14 min. | TAK |  |
| 7 | Możliwości wymiany poszczególnych komór poprzecznych materaca | TAK |  |
| 8 | Stabilny zagłówek w materacu (trzy, cztery komory stale napełnione powietrzem) | TAK |  |
| 9 | Pompa o wydajności min: 8l/min, zasilana elektrycznie 230V50Hz, wyposażona w alarm nieprawidłowego ciśnienia, wyposażona w zewnętrzny antybakteryjny filtr powietrza | TAK |  |
| 10 | Możliwość szybkiej wymiany poszczególnych komór poprzecznych materaca | TAK |  |
| 11 | Materac wyposażony w system/zawór CPR | TAK |  |
| 12 | Materac przeznaczony do profilaktyki i leczenia wszystkich stopni odleżyn – bez względu na rodzaj skali/klasyfikacji | TAK |  |
| 13 | Materac wyposażony w funkcję transportową | TAK |  |
| 14 | Materac wyposażony w podwójne zabezpieczenie antyrotacyjne komór |  |  |
| 15 | instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 16 | dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji | Tak |  |
| 17 | serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
| 18 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
| 19 | Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne | Tak |  |
| 20 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

……………………………………………………………………… (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - ELEKTRYCZNY SSAK MEDYCZNY – 8 SZTUK**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| ELEKTRYCZNY SSAK MEDYCZNY – 8 SZTUK | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Butla z poliwęglanu 2 L z zaworem zabezpieczającym przed przepełnieniem | Tak |  |
| 2 | Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do butli | Tak |  |
| 3 | Regulator i wskaźnik podciśnienia | Tak |  |
| 4 | Dreny silikonowe, filtr bakteryjny, łącznik drenów | Tak |  |
| 5 | Zasilanie- 230V/50Hz | Tak, Podać |  |
| 6 | Podciśnienie do 80 kPa | Tak, Podać |  |
| 7 | Przepływ ograniczony filtrem min. 40l/min | Tak, Podać |  |
| 8 | Przeznaczenie do pracy w trybie ciągłym | Tak |  |
| 9 | Waga do 4,0kg | Tak, Podać |  |
| 10 | Normy: EN 60601-1; ISO 10079-1 | Tak, Podać |  |
| 11 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
| 12 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 13 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
| 14 | Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne | Tak |  |
| 15 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

………………………………………………………………………………….. (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - ELEKTRYCZNY SSAK OPERACYJNY – 4 SZTUK**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| ELEKTRYCZNY SSAK OPERACYJNY – 4 SZTUK | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Dwie butle 2 L z zaworem zabezpieczającym przed przepełnieniem (przystosowane do sterylizacji) | Tak |  |
| 2 | Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do butli | Tak |  |
| 3 | Pedał do sterowania nożnego | Tak |  |
| 4 | Regulator i wskaźnik podciśnienia | Tak |  |
| 5 | Dwa porty ssące | Tak |  |
| 6 | Dreny silikonowe, filtr bakteryjny, łącznik drenów | Tak |  |
| 7 | Przełącznik do wyboru butli ssącej | Tak |  |
| 8 | Podstawa jezdna na kółkach | Tak |  |
| 9 | Zasilanie- 230V/50Hz | Tak, Podać |  |
| 10 | Podciśnienie do 90 kPa (nie mniejsze niż 70kPa) | Tak, Podać |  |
| 11 | Przystosowanie do prac ciągłej | Tak |  |
| 12 | Maksymalny przepływ do 60 L / min, | Tak, Podać |  |
| 13 | Waga do 13 kg | Tak, Podać |  |
| 14 | Wymiary 46x85x42 cm (+/- 5 cm) | Tak, Podać |  |
| 15 | Normy: EN 60601-1; ISO 10079-1 | Tak, Podać |  |
| 16 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 18 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
| 19 | Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne | Tak |  |
| 20 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

………………………………………………………………………………… (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - INHALATOR – 1 SZT.**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| INHALATOR | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Inhalator ultradźwiękowy, praca ciągła | Tak |  |
| 2 | Średnica cząstek (średnia) MMAD do 1,9 μm | Tak |  |
| 3 | Frakcja respirabilna (do 5,0 mm): 100% | Tak, podać |  |
| 4 | Wydajność aerozolu: 0 ÷ 4 ml / min | Tak, podać |  |
| 5 | Wydajność nawiewu: 0 ÷ 20 l / min | Tak, podać |  |
| 6 | Pojemność naczynia na lek: max. 30 ml | Tak, podać |  |
| 7 | Częstotliwość pracy: 2,6 ± 0,1 MHz | Tak, podać |  |
| 8 | Temperatura termoaerozolu: max. 37°C | Tak, podać |  |
| 9 | Zasilanie: AC 230 V, 50 Hz | Tak, podać |  |
| 10 | Maksymalny pobór mocy: 150 VA | Tak, podać |  |
| 11 | Klasa ochronności: I | Tak, podać |  |
| 12 | Wymiary (w mm): 225 x 240 x 110 (+/- 5 %) | Tak, podać |  |
| 13 | Ciężar: do 5 kg | Tak, podać |  |
| 14 | Poziom mocy akustycznej: do <44 dB(A) | Tak, podać |  |
| 15 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy  wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych  przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2010r. Nr107 poz. 679 art. 90 ust. 4) | Tak |  |
| 16 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 17 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
| 18 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

………………………………………………………………………………… (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - GLUKOMETR – 2 SZTUKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| GLUKOMETR – 2 SZTUKI | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Zakres poziomu pomiaru glukozy we krwi 10-600mg/Dl  (0.6 – 33.3 mmol/L) | Tak, podać |  |
| 2 | Czas testu: 5 sekund (+/- 2 sek) | Tak, podać |  |
| 3 | Objętość próbki 0.8μL | Tak, podać |  |
| 4 | Rodzaj próbki: świeża krew włośniczkowa, żylna i  noworodkowa | Tak |  |
| 5 | Alternatywne miejsce pobrania: koniuszek palca,  przedramię, wewnętrzna strona dłoni | Tak |  |
| 6 | Wynik kalibracji: równoważnik osocza | Tak |  |
| 7 | Pamięć 300 wyników z czasem i datą (+/- 20) | Tak, podać |  |
| 8 | Poziom hematokrytu: 20-70% (+/- 10%) | Tak, podać |  |
| 9 | Temperatura otoczenia: 5-45°C (41-113°F) ( +/- 5 C) | Tak, podać |  |
| 10 | Wilgotność powietrza: 10-90%,( +/- 15%) | Tak, podać |  |
| 11 | Uśrednianie 7, 14, 30, 60, 90-dni | Tak, podać |  |
| 12 | Przypomnienia testów: 5 (ustawiane przez użytkownika) | Tak, podać |  |
| 13 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy  wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych  przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
| 14 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 15 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu |  |  |
| 16 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

…………………………………………………………………………………

(Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - APARAT DO MIERZENIA CIŚNIENIA – 3 SZTUKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| APARAT DO MIERZENIA CIŚNIENIA – 3 SZTUKI | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Średnica zegara: 52mm ( +/- 5mm) | Tak, podać |  |
| 2 | Zakres: 0 - 300 mmHg | Tak, podać |  |
| 3 | Dokładność pomiaru +/- 3 mmHg | Tak, podać |  |
| 4 | Temperatura pracy: 10-40 st. C | Tak, podać |  |
| 5 | Wilgotność: 15-90%, ( +/- 10 %) | Tak, podać |  |
| 6 | Metoda pomiarowa osłuchowa | Tak |  |
| 7 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 8 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
| 9 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

………………………………………………………………………………… (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - LARYNGOSKOP – 2 SZTUKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| LARYNGOSKOP – 2 SZTUKI | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Standardowa albo halogenowa żarówka, dająca chłodne, jasne oświetlenie | Tak, podać |  |
| 2 | Lekki, ergonomiczny, rączka wykończona materiałem atłasowym lub podobnym | Tak |  |
| **3** | Wyprodukowany z nierdzewnej stali | Tak |  |
| 4 | Łatwy do sterylizacji bez potrzeby wyjmowania żarówki | Tak |  |
| 5 | Cztery łyżki typu McIntosh 1 – 2 – 3 – 4 | Tak, podać |  |
| 6 | Normy: ISO 7376: 2009 umożliwia instalowanie łyżek na jednej rączce dołączonej do zestawu | Tak |  |
| 7 | Zestaw zapakowany w specjalną przeciwwstrząsową walizkę oraz dodatkowo w papierowe pudełko | Tak |  |
| 8 | W zestawie rączka + łyżki | Tak |  |
| 9 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy  wskazane przez Wykonawcę – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności ( Dz. U. z 2010r. Nr107 poz. 679 art. 90 ust. 4) | Tak |  |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 11 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
| 12 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

…………………………………………………………………………………

(Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - VIDEOLARYNGOSKOP – 1 SZTUKA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | | |
| VIDEOLARYNGOSKOP – 1 SZTUKA | | |
| Producent | |  |
| Oferowany model | |  |
| Rok produkcji | |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | | | Ekran LCD wraz z akumulatorem | Tak, podać |  |
| 2 | | | Wziernik zawierający min.2-diodowy oświetlacz oraz kamerę endoskopową (wziernik giętki, wielorazowego użytku, wymienialny, sterylizowalny) | Tak, podać |  |
| 3 | | | Ładowarka akumulatorów (akumulator wystarcza na min.1,5 godziny pracy urządzenia) | Tak, podać |  |
| 4 | | | Stopień ochrony: typ BF | Tak, podać |  |
| 5 | | Typ oświetlenia min.2 białe diody LED | | Tak, podać |  |
| 6 | Kąt widzenia 80° | | | Tak, podać |  |
| 7 | Głębia ostrości 5mm do 50mm | | | Tak, podać |  |
| 8 | Metoda dezynfekcji: moczenie w płynach dezynfekcyjnych | | | Tak, podać |  |
| 9 | Metoda sterylizacji: sterylizacja gazowa EtO lub sterylizacja plazmowa | | | Tak, podać |  |
| 10 | Możliwość wygięcia wziernika do 90° | | | Tak, podać |  |
| 11 | Temperatura otoczenia podczas pracy urządzenia 10 - 40°C | | | Tak, podać |  |
| 12 | Wilgotność otoczenia podczas pracy urządzenia 30 - 85% | | | Tak, podać |  |
| 13 | Temperatura otoczenia przechowywania 10 - 40°C | | | Tak, podać |  |
| 14 | Wilgotność otoczenia przechowywania 30 - 85% | | | Tak, podać |  |
| 15 | Współczynnik ochrony IP67 | | | Tak, podać |  |
| 16 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | | | Tak |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | Tak |  |
| 18 | Paszport techniczny i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | | | Tak |  |
| 19 | Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne | | | Tak |  |
| 20 | Gwarancja min. 24 miesiące | | | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

…………………………………………………………………………………

(Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - RESUSCYTATOR AMBU – 13 SZTUK**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| RESUSCYTATOR AMBU – 13 SZTUK | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Resuscytator silikonowy ręczny przeznaczony do sztucznego oddychania i resuscytacji sercowo-płucnej. | Tak |  |
| 2 | Resuscytator silikonowy autoklawny do wielokrotnej sterylizacji 134˚C z zastawką PEEP (złącze wydechowe – min.20mm) | Tak, podać |  |
| 3 | Całkowita objętość worka min.1500ml | Tak |  |
| 4 | Objętość oddechowa min.500ml | Tak |  |
| 5 | Skład:   * 1 maskę nr 4 lub 5, * 1 zastawkę pacjenta, * 1 worek resuscytacyjny, * 1 rezerwuar tlenu i przewód tlenowy, * 1 zastawkę PEEP | Tak, podać |  |
| 6 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 7 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
| 8 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

…………………………………………………………………………………

(Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - KULA – 4 SZTUKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| KULA – 4 SZTUKI | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Kula inwalidzka, typ uchylna z obejmą | Tak |  |
| 2 | Kula inwalidzka łokciowa wykonana z aluminiowego trzonu oraz mocnego uchwytu wymiękczonego materiałem piankowym | Tak |  |
| 3 | Trzon zakończony wysokiej jakości gumową nasadką posiadający regulację części dolnej oraz górnej | Tak |  |
| 4 | Wysokość: 95-118 (126) cm (+/- 5 cm) | Tak, podać |  |
| 5 | Wysokość do uchwytu: 71-93,5 cm (+/- 5 cm) | Tak, podać |  |
| 6 | Waga: 0,57 kg  ( + 0,5 kg) | Tak, podać |  |
| 7 | Obciążenie maksymalne: 90 kg (+/- 3 kg) | Tak, podać |  |
| 8 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 9 | Paszport techniczny | Tak |  |
| 10 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

………………………………………………………………………………… (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - LASKA – 4 SZTUKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| LASKA – 4 SZTUKI | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **1** | Laska inwalidzka aluminiowa, regulowana | Tak, podać |  |
| **2** | Uchwyt wykonany z tworzywa sztucznego | Tak |  |
| **3** | Regulowany trzon zakończony miękką gumową nasadką | Tak |  |
| **4** | Skokowa regulacja długości, szeroki zakres dostosowania | Tak |  |
| **5** | Wysokość: 69-92 cm (+/- 5cm) | Tak, podać |  |
| **6** | Waga: 0,3 kg (+ 0,5 kg) | Tak, podać |  |
| **7** | Obciążenie maksymalne: 90 kg ( +/- 2 kg) | Tak, podać |  |
| **8** | Instrukcja obsługi w języku polskim i paszport techniczny | Tak |  |
| **9** | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

………………………………………………………………………………… (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - BALKONIK DWUFUNKCYJNY – 2 SZTUKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| BALKONIK DWUFUNKCYJNY – 2 SZTUKI | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Balkonik dwufunkcyjny (krocząco-statyczny) wykonany z wzmocnionej poprzecznie aluminiowej ramy | Tak |  |
| 2 | Klipsy blokujące, regulowane na wysokość nóżki | Tak |  |
| 3 | Miękkie piankowe uchwyty | Tak |  |
| 4 | Szerokie pole podparcie, stabilny i długi zakres kroczenia | Tak |  |
| 5 | Łatwe składanie i regulacja | Tak |  |
| 6 | Szerokość całkowita: 46 cm (+/- 2 cm) | Tak, Podać |  |
| 7 | Szerokość wewnętrzna: 44 cm ( +/- 2 cm) | Tak, Podać |  |
| 8 | Głębokość całkowita: 47 cm ( +/- 2 cm) | Tak, Podać |  |
| 9 | Wysokość całkowita: 78-96 cm (+/- 2 cm) | Tak, Podać |  |
| 10 | Waga: 2,5kg ( +/- 1 kg) | Tak, Podać |  |
| 11 | Maksymalne obciążenie: 100 kg ( +/- 5 kg) | Tak, Podać |  |
| 12 | Instrukcja obsługi w języku polskim i paszport techniczny | Tak |  |
| 13 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

………………………………………………………………………………… (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - WÓZEK INWALIDZKI – 3 SZTUKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| WÓZEK INWALIDZKI – 3 SZTUKI | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Stalowa rama malowana proszkowo | Tak |  |
| 2 | Wytrzymałe siedzisko nylonowo – bawełniane w kolorze czarnym. | Tak |  |
| 3 | Podłokietniki w wersji długiej z funkcją uchylania | Tak |  |
| 4 | Tylne, pompowane koła 24” z wygodnymi plastikowymi ciągami; przednie, pełne koła 8x2” wykonane z  materiału o podwyższonej wytrzymałości na ścieranie | Tak, Podać |  |
| 5 | Szerokość całkowita: 64 cm, 67 cm (+/- 5cm) | Tak, Podać |  |
| 6 | Szerokość wewnętrzna: 46 cm, 48 cm (+/- 5cm) | Tak, Podać |  |
| 7 | Głębokość całkowita: 101 cm (+/- 5 cm) | Tak, Podać |  |
| 8 | Wysokość siedziska od podłoża: 48 cm ( +/- 5 cm) | Tak, Podać |  |
| 9 | Wysokość całkowita 90 cm (86,5 cm) ( +/- 5 cm) | Tak, Podać |  |
| 10 | Wymiar siedziska: 45 cm, 47 cm x 40 cm | Tak, Podać |  |
| 11 | Waga: 17-17,5 kg ( +/- 2kg) | Tak, Podać |  |
| 12 | Maksymalne obciążenie: 115 kg (+/- 5kg) | Tak, Podać |  |
| 13 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
| 14 | Instrukcja obsługi w języku polskim i paszport techniczny | Tak |  |
| 15 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

………………………………………………………………………………. (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - WÓZEK INWALIDZKI Z PODPARCIEM GŁOWY – 2 SZTUKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| WÓZEK INWALIDZKI Z PODPARCIEM GŁOWY – 2 SZTUKI | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Aluminiowa rama wzmocniona podwójnym krzyżakiem, dodatkowa stabilizacja poprzeczną przy uchwytach dla osoby prowadzącej | | Tak |  |
| 2 | | Wytrzymałe siedzisko nylonowo – bawełniane w kolorze czarnym. | Tak, podać |  |
| 3 | | Oparcie i siedzisko nylonowo – bawełniane dodatkowo wymiękczone przez pokrowce wykonane z tkaniny umożliwiającej przepływ powietrza | Tak, podać |  |
| 4 | | Przedłużenie oparcia, poduszka pod głowę | Tak |  |
| 5 | | Kółka anty-wywrotne oraz hamulce bębnowe dla osoby prowadzącej | Tak |  |
| 6 | | Funkcję regulacji kąta nachylenia oparcia od 0o-90ooraz regulowane pod kątem podnóżki. | Tak, podać |  |
| 7 | | Podłokietniki wykonane jako długie z funkcją demontażu | Tak, podać |  |
| 8 | | Koła tylne pompowane 24” z plastikowym ciągiem, przednie (6”) pełne gumowe o podwyższonej wytrzymałości na ścieranie. | Tak, podać |  |
| 9 | | Szerokość całkowita: 70 cm (+/- 5 cm) | Tak, podać |  |
| 10 | | Szerokość wewnętrzna: 46 cm ( +/- 2 cm) | Tak, podać |  |
| 11 | | Głębokość całkowita: 117 cm (+/- 5 cm) | Tak, podać |  |
| 12 | | Wysokość siedziska od podłoża w przedziale: 45 cm – 50 cm | Tak, podać |  |
| 13 | | Wysokość całkowita: 124 cm (91 cm) (+/- 5cm) | Tak, podać |  |
| 14 | | Wymiar siedziska: 45 cm x 40 cm (+/- 5 cm) | Tak, podać |  |
| 15 | | Waga: 20 kg (+/- 3 kg) | Tak, podać |  |
| 16 | | Maksymalne obciążenie: 100 kg (+/- 5 kg) | Tak, podać |  |
| 17 | | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
| 18 | | Instrukcja obsługi w języku polskim i paszport techniczny | Tak |  |
| 19 | | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

………………………………………………………………………………… (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - PULSOKSYMETR - 1 SZTUKA**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| PULSOKSYMETR - 1 SZTUKA | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Czytelny wyświetlacz diodowy | Tak |  |
| 2 | Trójkolorowy wskaźnik perfuzji pozwalający na natychmiastową kontrolę pulsu | Tak |  |
| 3 | **Pamięć min. 18 h pomiarów.** | Tak, podać |  |
| 4 | Wymiary: 8  x 15 x 2.5 cm (+/- 50%) | Tak, podać |  |
| 5 | Waga: max 300 g z bateriami alkalicznymi | Tak, podać |  |
| 6 | Zakres saturacji: 0 - 100% SpO2 (+/- 10%) | Tak, podać |  |
| 7 | Wyświetlacz numeryczny: 3 cyfry, 7 segmentów, LED, czerwony | Tak, podać |  |
| 8 | Temperatura pracy: -20 - +50 st. C (+/- 10 st.C) | Tak, podać |  |
| 9 | Temperatura przechowywania: -30 - +50 st.C (+/- 10st.C) | Tak, podać |  |
| 10 | Wilgotność pracy 10 - 90% | Tak, podać |  |
| 11 | Wilgotność przechowywania 10 - 95% | Tak, podać |  |
| 12 | Wysokość pracy do 12 000 m | Tak, podać |  |
| 13 | Ciśnienie atmosferyczne: do 4 atmosfer | Tak, podać |  |
| 14 | Zasilanie: 6  1.5V AA baterii alkalicznych | Tak, podać |  |
| 15 | Żywotność baterii: min. 100 h przy najwyższym poziomie jasności wyświetlacza min. 160 h przy normalnym poziomie jasności wyświetlacza | Tak, podać |  |
| 16 | Klasyfikowany przez: IEC 60601-1 / CSA601.1 / UL60601-1 | Tak, podać |  |
| 17 | Typ zabezpieczenia: wewnętrzne zasilania (baterie - akumulatory) | Tak, podać |  |
| 18 | Tryb pracy: ciągła | Tak, podać |  |
| 19 | Stopień bezpieczeństwa: typ BF | Tak, podać |  |
| 20 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
| 21 | Instrukcja obsługi w języku polskim i paszport techniczny | Tak |  |
| 22 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

………………………………………………………………………………… (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - STOLIK ZABIEGOWY – 2 SZTUKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| STOLIK ZABIEGOWY – 2 SZTUKI | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Stolik z metalowymi półkami wyposażony w pojemniki wykonane ze szkła hartowanego. | Tak, podać |  |
| 2 | Wysokość [mm]: 850 (+/- 20mm) | Tak, podać |  |
| 3 | Długość [mm]: 750 (+/- 20mm) | Tak, podać |  |
| 4 | Szerokość [mm]: 450 (+/- 20mm) | Tak, podać |  |
| 5 | Kółka do łatwego przemieszczania | Tak |  |
| 6 | Instrukcja obsługi w języku polskim i paszport techniczny | Tak |  |
| 7 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

………………………………………………………………………………… (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015**

**Załącznik Nr 9 do SIWZ**

**SPESYFIKACJA TECHNICZNA OFEROWANEGO SPRZĘTU**

**Część 4 - POMPA INFUZYJNA – 3 SZTUKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | |
| POMPA INFUZYJNA – 3 SZTUKI | |
| Producent |  |
| Oferowany model |  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Dane techniczne: | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Szybkość dozowania 0.1 – 2000 ml/h, rozdzielczość: 0.01 ml/h do 99.99 ml/h, 0.1 ml/h od 100 ml/h do 999.9 ml/h, 1 ml/h powyżej 1000 ml/h | Tak |  |
| 2 | Objętość dozowania 0.1 – 10000 ml, rozdzielczość: 0.01 ml do 999.99 ml, 1 ml powyżej 1000 ml | Tak |  |
| **3** | Czas infuzji 1 min - 200 godz. | Tak, Podać |  |
| 4 | Bolus do 2000 ml/h dla strzykawek 50 ml, Do 400 ml/h dla strzykawek 5 ml | Tak, Podać |  |
| 5 | Programowana objętość (dawka), czas lub szybkość podaży. Bolus automatyczny i manualny. | Tak, Podać |  |
| 6 | Dawka indukcyjna Do 2000 ml/h dla strzykawek 50 ml, Do 400 ml/h dla strzykawek 5 ml | Tak, Podać |  |
| 7 | Programowana objętość (dawka), czas lub szybkość podaży. | Tak, Podać |  |
| 8 | KOR (KVO) 0 – 5 ml/h | Tak, Podać |  |
| 9 | Dokładność dozowania } 2% zgodnie z EN 60601-2-24 | Tak, Podać |  |
| 10 | Typy strzykawek 5 – 50/60 ml rożnych producentów, automatyczne rozpoznawanie objętości | Tak, Podać |  |
| 11 | Ciśnienie okluzji 11 poziomów 50 mmHg – 1000 mmHg, automatyczna redukcja bolusa okluzyjnego | Tak, Podać |  |
| 12 | Tryby pracy ml/min, ml/h, ml/24h, objętość i czas | Tak, Podać |  |
| 13 | Funkcje dodatkowe: Automatyczne chwytanie strzykawki, Możliwość kopiowania biblioteki leków i konfiguracji z pompy do pompy. Blokada hasłem zaprogramowanych parametrów oraz wybranych funkcji. Alarm z regulacją głośności i rodzaju sygnału dźwiękowego. Tryb nocny. Proste podłączanie i odłączanie od stacji dokującej (bez przerywania infuzji). Zaawansowany system testów pompy. Możliwość przyłączenia do szpitalnego systemu poprzez system MedimaNet. Otwarty system: aktualizacja oprogramowania poprzez RS232C. | Tak, Podać |  |
| 14 | Rejestr zdarzeń: Min. 2000 wpisów czynności operatorskich lub alarmów wraz z datą i godziną zdarzenia | Tak, Podać |  |
| 15 | Akumulator NiMH, czas pracy: 20 h / 5 ml/h | Tak |  |
| 16 | Wymiary 355 x 115 x 166 mm (+/- 20mm) (szerokość, wysokość, głębokość) – bez uchwytu mocującego | Tak, Podać |  |
| 17 | Waga Poniżej 2.5 kg | Tak, Podać |  |
| 18 | Warunki pracy Temperatura + 5°C - +40°C, wilgotność maks. 90 % | Tak, Podać |  |
| 19 | Zgodność z normami PN-EN60601-1, PN-EN60601-1-2, PN-EN60601-2-24, PN-EN1789, MDD93/42/EEC – II B | Tak |  |
| 20 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę  – podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności  ( Dz. U. z 2015 r., poz. 876 ze zm.) | Tak |  |
| 16 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 17 | Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu | Tak |  |
| 18 | Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne | Tak |  |
| 19 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak |  |

**Uwaga!**

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

…………………………………………………………………………………

(Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)