**Załącznik nr 2 do pisma z dnia 10.01.2024r.**

**MSS-DN-ZPP-26-ZO-47/2023 Załącznik nr 2 do SWZ i umowy**

**Zestawienie warunków, parametrów granicznych**

**CZĘŚĆ 1 zamówienia Wózek do rozwożenia leków – 2 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać  |  |  |
| 3 | Wielofunkcyjny wózek do rozwożenia leków | TAK, podać |  |  |
| 4 | Wózek mobilny, na 4 kółkach niepozostawiających śladów na powierzchni | TAK, podać  |  |  |
| 5 | Dwa kółka wózka posiadają blokadę | TAK, podać |  |  |
| 6 | Konstrukcja wózka wykonana z metalowych rurek lakierowanych proszkowo | TAK, podać  |  |  |
| 7 | Wózek dwupoziomowy | TAK |  |  |
| 8 | Wózek wyposażony w cztery nierdzewne, przenośne tace | TAK, podać |  |  |
| 9 | Wózek wyposażony w tworzywowe przegródki na 120 leków | TAK, podać  |  |  |
| 10 | Wózek wyposażony w miskę z tworzywa uchylną | TAK, podać |  |  |
| 11 | Wymiary wózka:długość : 72-78cmszerokość: 42-45,5cmwysokość: 83,5 – 94cm | TAK, podać  |  |  |
| 12 | Kolor wózka biały | TAK, podać |  |  |
| 13 | Wózek przeznaczony do pracy w placówkach medycznych | TAK, podać |  |  |
| 14 | Wózek wyposażony w uchwyt do prowadzenia | TAK, podać  |  |  |
| 15 | Lekka konstrukcja wózka | TAK, podać |  |  |
| 16 | Wózek łatwy w czyszczeniu, dezynfekcji | TAK, podać  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dodatkowe:** |  |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 2 | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 3 | Wykaz upoważnionych serwisów urządzenia na teranie Polski zawierający nazwę firmy, adres, telefon, fax dostarczany na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 4 | Wykonawca zapewnia dostępność części zamiennych i akcesoriów przez okres min. 8 lat. | TAK |  |  |

**CZĘŚĆ 2 zamówienia Rolki do przekładania pacjenta – 2 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Rolki do przesuwania pacjenta  | TAK, podać |  |  |
| 4 | Wymiar rolki: 1100mm x 485mm (+/- 5 cm) | TAK, podać |  |  |
| 5 | Przeznaczone do transportu pacjenta w pozycji leżącej | TAK, podać  |  |  |
| 6 | Platforma do transferu wykonana z duraluminiowej ramy, wyścielonej materiałem imitującym skórę | TAK, podać |  |  |
| 7 | Materiał rolek łatwy w czyszczeniu i dezynfekcji | TAK, podać  |  |  |
| 8 | Materiał rolek odporny na uszkodzenia | TAK, podać |  |  |
| 9 | Udźwig rolek: min 130kg | TAK, podać |  |  |
| 10 | Przenośnik taśmowo-rolkowy | TAK, podać |  |  |
| 11 | Przenośnik przeznaczony do transportu pacjenta np. między łóżkiem a stołek operacyjnym | TAK, podać |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 1. | Szkolenie personelu medycznego i technicznego z obsługi sprzętu. | TAK |  |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 3. | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 4. | Wykaz upoważnionych serwisów urządzenia na teranie Polski zawierający nazwę firmy, adres, telefon, fax dostarczany na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 5. | Wykonawca zapewnia dostępność części zamiennych i akcesoriów przez okres min. 8 lat. | TAK |  |  |

**CZĘŚĆ 3 zamówienia Komplet pasów do unieruchamiania pacjentów – 1kpl.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r., wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Komplet pasów ograniczających ruch pacjenta w którego skład wchodzą: Pasy na nadgarstki, pasy na kostki, pas na tułów | TAK |  |  |
| 4 | Komplet pasów uniemożliwiający pacjentowi ruch kończyn, tułowia, stosowany w przypadkach przymusu bezpośredniego | TAK |  |  |
| 5 | Zapinanie pasów przy pomocy zamków magnetycznych, kluczy magnetycznych | TAK |  |  |
| 6 | Zapięcie pasów na rzep | TAK |  |  |
| 7 | Pasy skórzane lub poliestrowe | TAK |  |  |
| 8 | Materiał nadający się do czyszczenia, prania | TAK |  |  |
| 9 | Materiał odporny na rozerwanie, uszkodzenia mechaniczne | TAK |  |  |
| 10 | Pasy regulowane np. za pomocą oczek regulacyjnych | TAK |  |  |
| 11 | Rozmiar do wyboru przez zamawiającego | TAK |  |  |
| 12 | Pasy przypinane do łóżka pacjenta | TAK |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 2 | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |

**CZĘŚĆ 4 zamówienia Parawan medyczny – 10 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Parawan mobilny jednoskrzydłowy | TAK  |  |  |
| 4 | Wypełnienie – biała płyta z tworzywa PC poliwęglan lub PCV | TAK, podać  |  |  |
| 5 | Stelaż z profilu aluminiowego, lakierowanego proszkowo | TAK  |  |  |
| 6 | Wyposażony w koła w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy min. 50 mm, w tym dwa z blokadą | TAK, podać  |  |  |
| 7 | Wymiary parawanuszerokość. 900-1200 mmwysokość 1650-1800mmgłębokość: 450mm-550mm | TAK, podać  |  |  |
| 8 | Płyta łatwo zmywalna, łatwa do dezynfekcji | TAK  |  |  |
| 9 | Grubość płyty min 5mm | TAK, podać |  |  |
| 10 | Kolor płyty: biały lub szary | TAK |  |  |
| 11 | Parawan z podstawą jezdną | TAK, podać |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 1. | Szkolenie personelu medycznego i technicznego z obsługi sprzętu. | TAK |  |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 3. | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |

**CZĘŚĆ 5 zamówienia Taboret lekarski – 5 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać  |  |  |
| 3 | Taboret lekarski wyposażony w grube siedzisko ok. 100mm | TAK, podać  |  |  |
| 4 | Taboret wyposażony w 5 kółek | TAK, podać  |  |  |
| 5 | Taboret wyposażony w podnóżek | TAK, podać  |  |  |
| 6 | Konstrukcja taboretu chromowana | TAK, podać  |  |  |
| 7 | Regulacja wysokości taboretu | TAK, podać  |  |  |
| 8 | Siedzisko taboretu materiałowe, łatwo zmywalne | TAK, podać  |  |  |
| 9 | Wysokość taboretu: regulowana w zakresie ok. 600-900mm | TAK, podać  |  |  |
| 10 | Średnica siedziska: ok. 400mm | TAK, podać  |  |  |
| 11 | Średnica podstawy ok. 600-650mm | TAK, podać  |  |  |
| 12 | Kolor siedziska do wyboru przez zamawiającego | TAK, podać  |  |  |
| 13 | Udźwig min 110kg | TAK, podać  |  |  |
| 14 | Taboret bez oparcia | TAK, podać  |  |  |

**CZĘŚĆ 6 zamówienia Balkonik rehabilitacyjny – 5 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023r., wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Balkonik wyposażony w dwie tylko stopki podporowe i dwie stopki przednie z kółkami | TAK, podać  |  |  |
| 4 | Wysokość balkoniku regulowana | TAK, podać  |  |  |
| 5 | Balkonik wyposażony w uchwyty ergonomiczne | TAK, podać  |  |  |
| 6 | Balkonik wyposażony w składaną ramę | TAK, podać  |  |  |
| 7 | Balkonik trójfunkcyjny: kroczący, stały, stały z kółkami | TAK, podać  |  |  |
| 8 | Możliwość blokady funkcji kroczącej | TAK, podać  |  |  |
| 9 | Balkonik z wymiennymi stopkami podporowymi i przednimi z kółkami | TAK, podać  |  |  |
| 10 | Wymiary balkoniku:Wysokość ok. 90 cmSzerokość ok. 60cm | TAK, podać  |  |  |
| 11 | Waga ok. 2,5 kg | TAK, podać  |  |  |
| 12 | Materiał wykonania: aluminium / aluminium+poliuretan | TAK, podać  |  |  |
| 13 | Kolor balkoniku: szary/srebrny | TAK, podać  |  |  |
| 14 | Balkonik przeznaczony do pionizacji, ułatwienia przemieszczania się | TAK, podać  |  |  |
| 15 | Obciążanie min 100kg | TAK, podać  |  |  |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 1 | Szkolenie personelu medycznego i technicznego z obsługi sprzętu. | TAK |  |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 3 | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 4 | Wykaz upoważnionych serwisów urządzenia na teranie Polski zawierający nazwę firmy, adres, telefon, fax dostarczany na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 5 | Wykonawca zapewnia dostępność części zamiennych i akcesoriów przez okres min. 8 lat. | TAK |  |  |

**CZĘŚĆ 7 zamówienia Drabinka przyłóżkowa – 5 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min.. 2023 r., wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Drabinka rehabilitacyjna do samodzielnego podciągania się | TAK |  |  |
| 4 | Drabinka przyłóżkowa | TAK |  |  |
| 5 | Drabinka plastikowa lub drewniana | TAK, podać  |  |  |
| 6 | Linka długości ok. 3m | TAK, podać  |  |  |
| 7 | 4 szczebelki | TAK, podać  |  |  |
| 8 | Szczebelek średnicy ok. 2,2cm - 2,7cm | TAK, podać  |  |  |
| 9 | Odległość między szczebelkami ok. 20cm | TAK, podać |  |  |
| 10 | Obciążenie min 90kg | TAK, podać  |  |  |
| 11 | Drabinka wytrzymała, odporna na uszkodzenia mechaniczne | TAK, podać  |  |  |

**CZĘŚĆ 8 zamówienia Wózek do materiałów sterylnych – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r., wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Wózek do transportu materiałów sterylnych  | TAK |  |  |
| 4 | Obudowa, półki i drzwi ze stali kwasoodpornej | TAK |  |  |
| 5 | Wózek wyposażony w drzwi pojedyncze | TAK |  |  |
| 6 | Wózek wyposażony w zamek z kluczem | TAK |  |  |
| 7 | Wózek na czterech kółkach | TAK  |  |  |
| 8 | Dwa kółka z blokadą | TAK  |  |  |
| 9 | Wózek z odbojami gumowymi | TAK |  |  |
| 10 | Wymiary:Wysokość ok.1100mm - 1300mmSzerokość ok. 670mm – 680mmDługość ok. 470mm – 670mm | TAK, podać  |  |  |
| 11 | Wózek z uchwytem do prowadzenia | TAK |  |  |
| 12 | Wewnątrz wózka 2 półki / 3 przestrzenie | TAK, podać |  |  |
| 13 | Półki wyjmowane | TAK  |  |  |
| 14 | Opony z materiału nie brudzącego podłoża | TAK  |  |  |
| 15 | Krawędzie zaokrąglone, bezpieczne | TAK |  |  |
| 16 | Wózek przeznaczony do transportu 3 jednostek wsadu sterylizacyjnego ok. 30x30x60cm | TAK, podać |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 3. | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |

**CZĘŚĆ 9 zamówienia Kozetka na kółkach – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Kozetka lekarska dł. 1850mm-1900mm szer. 550mm-600mm, wys. 460mm-500mm | TAK  |  |  |
| 4 | Kozetka na kółkach | TAK |  |  |
| 5 | Obciążenie min. 170 kg o solidnej i stabilnej, metalowej konstrukcji pokryte jlakierem proszkowym skutecznie zabezpieczającym przed korozją i uszkodzeniami mechanicznymi.  | TAK |  |  |
| 6 | Leże kozetki obite tapicerką z pianki poliuretanowej pokrytej materiałem tworzywowym, łatwo zmywalnym, odpornym na działanie środków myjących. Wybór koloru do uzgodnienia z Zamawiającym | TAK |  |  |
| 7 | Zagłówek o regulacji wysokości, kąt regulacji zagłówka 0 do -+ 45. | TAK  |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 3. | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |

**CZĘŚĆ 10 zamówienia Fotel dla opiekunów – 3 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Rozkładany fotel do spania, pozwala odpocząć w komfortowy sposób i wygodny sposób przy łóżku chorego. Możliwość ustawienia min. dwóch pozycji: siedzącej, leżącej. | TAK  |  |  |
| 4 | Wygodny i łatwy w obsłudze. | TAK |  |  |
| 5 | Mobilny, wyposażony w cztery kółka jezdne, szerokość zewnętrzna pozwalająca na przejazd przez niemal każde drzwi. | TAK |  |  |
| 6 | Materiał wytrzymały i łatwy w utrzymaniu czystości, odporny na przenikanie cieczy. | TAK |  |  |
| 7 | Kolor tapicerki: do wyboru zamawiającego | TAK  |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 3. | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |

**CZĘŚĆ 11 zamówienia Krzesło toaletowe z regulacją – 2 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Krzesło toaletowe, spełnia funkcję przenośnej toalety. Posiada szeroki zakres regulacji wysokości wraz z bezpieczną blokadą ustawień, zapewnia wygodne i bezpieczne użytkowanie. Tylna, podwyższona konstrukcja krzesła pozwala na oparcie dla osób niestabilnych. | TAK  |  |  |
| 4 | Nóżki zakończone bezpiecznymi, gumowymi nasadkami zapobiegającymi ślizganiu się krzesła | TAK |  |  |
| 5 | Rama stalowa o wysokiej wytrzymałości. | TAK |  |  |
| 6 | Ramy boczne wykończone miękkimi podłokietnikami. | TAK |  |  |
| 7 | Wiadro z przykrywką o pojemności ok. 5 litrów | TAK  |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 1. | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |

**CZĘŚĆ 12 zamówienia Aparat elektroniczny do RR – 20 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Aparat elektroniczny naramienny automatyczny, dokładny, wygodny i łatwy w stosowaniu | TAK  |  |  |
| 4 | Duży ekran o wysokim kontraście obrazu | TAK |  |  |
| 5 | Pomiar ciśnienia krwi, tętna oraz wykrywanie arytmii | TAK |  |  |
| 6 | Wysokiej jakości mankiet dla dorosłych | TAK |  |  |
| 7 | Min 2 rozmiary mankietów ( standardowy ok. 22-32 cm, XL ok. 32-48 cm) z przewodem ok. 100 cm | TAK  |  |  |
| 8 | Ochrona przed nadmiernym napompowaniem mankietu | TAK |  |  |
| 9 | Wskaźnik zużycia baterii |  |  |  |
| 10 | Zasilanie: baterie oraz zasilacz sieciowy | TAK  |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 3. | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |

**CZĘŚĆ 13 zamówienia**

**Poz. 1 Lodówka duża – 2 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Wymiary lodówki:Wysokość: 122cm - 145cmSzerokość: 54cm - 58cmGłębokość: 54cm - 60cm | TAK, podać  |  |  |
| 4 | Pojemność chłodziarki ok. 130L | TAK, podać  |  |  |
| 5 | Lodówka wyposażona w zamrażarkę | TAK  |  |  |
| 6 | Pojemność zamrażarki ok. 46L | TAK, podać  |  |  |
| 7 | Kolor lodówki: biała lub szara | TAK  |  |  |
| 8 | Waga ok. 45 kg | TAK, podać  |  |  |
| 9 | Poziom hałasu: ok40dB | TAK, podać |  |  |
| 10 | Klasa klimatyczna: SN, N, ST | TAK |  |  |
| 11 | Półki szklane | TAK |  |  |
| 12 | W chłodziarce 3 półki | TAK |  |  |
| 13 | W chłodziarce 3 balkoniki | TAK |  |  |
| 14 | Pojemnik na warzywa | TAK |  |  |
| 15 | Zdolność zamrażania zamrażarki: ok. 2-2,5kg/24h | TAK, podać |  |  |
| 16 | Zamrażarka umieszczona w górnej części lodówki | TAK |  |  |
| 17 | Sterowanie lodówką mechaniczną | TAK |  |  |
| 18 | Lodówka utrzymująca temperaturę bez zasilania: ok. 16 godzin | TAK, podać  |  |  |
| 19 | Oświetlenie lodówki: LED | TAK |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 2 | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 3 | Wykaz upoważnionych serwisów urządzenia na teranie Polski zawierający nazwę firmy, adres, telefon, fax dostarczany na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 4 | Wykonawca zapewnia dostępność części zamiennych i akcesoriów przez okres min. 8 lat. | TAK |  |  |

**Poz. 2 Lodówka mała – 3 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Wymiary lodówki:Wysokość: 47cm - 55cmSzerokość: 43cm - 50cmGłębokość: 43cm - 50cm | TAK, podać  |  |  |
| 4 | Pojemność chłodziarki ok. 44L  | TAK, podać  |  |  |
| 5 | Lodówka wyposażona w komorę niskich temperatur | TAK  |  |  |
| 6 | Kolor lodówki: biała lub szara | TAK |  |  |
| 7 | Waga ok. 15 kg | TAK, podać  |  |  |
| 8 | Poziom hałasu: ok. 40dB | TAK, podać  |  |  |
| 9 | Lodówka wyposażona w nóżki poziomujące | TAK  |  |  |
| 10 | Lodówka wyposażona w półkę | TAK  |  |  |
| 11 | Półki od wewnętrznej strony drzwi | TAK |  |  |
| 12 | Komora niskich temperatur umieszczona w górnej części lodówki | TAK  |  |  |
| 13 | Sterowanie lodówką mechaniczną | TAK |  |  |
| 14 | Oświetlenie lodówki: LED | TAK |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 2 | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 3 | Wykaz upoważnionych serwisów urządzenia na teranie Polski zawierający nazwę firmy, adres, telefon, fax dostarczany na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 4 | Wykonawca zapewnia dostępność części zamiennych i akcesoriów przez okres min. 8 lat. | TAK |  |  |

**Poz. 3 Mikrofalówka – 4 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Mikrofalówka o pojemności min 20L | TAK, podać  |  |  |
| 4 | Wymiary:Wysokość 24cm - 28cmSzerokość 42cm – 48cmGłębokość 30cm – 38cm | TAK, podać  |  |  |
| 5 | Moc mikrofal: 700W-800W | TAK, podać  |  |  |
| 6 | Funkcja podgrzewania | TAK |  |  |
| 7 | Funkcja rozmrażania | TAK  |  |  |
| 8 | Sterowanie mechaniczne | TAK  |  |  |
| 9 | System rozprowadzania mikrofal: z pojedynczego źródła / przestrzenny | TAK |  |  |
| 10 | Sygnał dźwiękowy zakończenia pracy | TAK  |  |  |
| 11 | Obrotowy talerz | TAK  |  |  |
| 12 | Kolor: srebrny / czarny / biały (do wyboru zamawiającego) | TAK |  |  |
| 13 | Wykończenie wnętrza emaliowane | TAK  |  |  |
| 14 | Regulacja poziomu mocy | TAK  |  |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 2 | Wykaz upoważnionych serwisów urządzenia na teranie Polski zawierający nazwę firmy, adres, telefon, fax dostarczany na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 3 | Wykonawca zapewnia dostępność części zamiennych i akcesoriów przez okres min. 8 lat. | TAK |  |  |

**CZĘŚĆ 14 zamówienia**

**Poz. 1 Tablica magnetyczna – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Tablica suchościeralna magnetyczna | TAK |  |  |
| 4 | Tablica biała w ramie aluminiowej | TAK |  |  |
| 5 | Wymiar tablicy ok. 90x60 | TAK, podać  |  |  |
| 6 | W zestawie rozkładany stojak metalowy/sztaluga wysokości ok. 150cm | TAK, podać  |  |  |
| 7 | Długość nóżek regulowana | TAK |  |  |
| 8 | W zestawie markery w różnych markerach (min. 3) | TAK, podać  |  |  |
| 9 | W zestawie gąbka magnetyczna | TAK, podać  |  |  |
| 10 | W zestawie magnesy | TAK, podać |  |  |
| 11 | W zestawie instrukcja obsługi w języku polskim (przy dostawie) | TAK |  |  |

**Poz. 2 Tablica korkowa 90x120 – 4 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Tablica korkowa w drewnianej ramie | TAK |  |  |
| 4 | Wymiary: ok. 90x120 cm | TAK, podać |  |  |
| 5 | Tablica do powieszenia na ścianie w pionie lub poziomie | TAK |  |  |
| 6 | Front tablicy wykonany z wysokogatunkowego prasowanego korka/korka naturalnego | TAK |  |  |

**Poz. 3 Tablica korkowa 70x90 – 4 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Tablica korkowa w drewnianej ramie | TAK |  |  |
| 4 | Wymiary: ok. 70x90 cm | TAK, podać |  |  |
| 5 | Tablica do powieszenia na ścianie w pionie lub poziomie | TAK |  |  |
| 6 | Front tablicy wykonany z wysokogatunkowego prasowanego korka/korka naturalnego | TAK |  |  |

**Poz. 4 Tablica szklana magnetyczna 90x60 – 2 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Tablica magnetyczna biała | TAK |  |  |
| 4 | Wymiar tablicy: ok. 90x60 | TAK, podać  |  |  |
| 5 | Tablica magnetyczna szklana | TAK |  |  |
| 6 | Kolor tablicy: super biały, bez odcienia zieleni | TAK |  |  |
| 7 | Powierzchnia tablicy nadająca się do pisania po niej markerami sucho ścieralnymi, permanentnymi i kredowymi | TAK |  |  |
| 8 | Czyszczenie tablicy za pomocą gąbki magnetycznej lub ścierki | TAK  |  |  |
| 9 | Możliwe przypinanie dokumentów do tablicy za pomocą specjalnych magnesów neodymowych | TAK |  |  |
| 10 | Tył tablicy z warstwy magnetycznej | TAK |  |  |
| 11 | Tablica montowana w pionie lub poziomie | TAK |  |  |
| 12 | W zestawie magnesy neodymowe (min. 3) | TAK, podać  |  |  |
| 13 | W zestawie gąbka i markery | TAK |  |  |
| 14 | W zestawie instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |  |

**Poz. 5 Tablica magnetyczna 100x100 – 2 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r.,  | TAK, podać  |  |  |
| 3 | Tablica magnetyczna biała | TAK  |  |  |
| 4 | Wymiar tablicy: ok. 100x100 | TAK, podać  |  |  |
| 5 | Tablica magnetyczna szklana | TAK  |  |  |
| 6 | Tablica magnetyczna wykonana ze szkła hartowanego | TAK |  |  |
| 7 | Powierzchnia tablicy nadająca się do pisania po niej markerami sucho ścieralnymi | TAK |  |  |
| 8 | Czyszczenie tablicy za pomocą gąbki magnetycznej lub ścierki | TAK |  |  |
| 9 | Możliwe przypinanie dokumentów do tablicy za pomocą specjalnych magnesów neodymowych | TAK |  |  |
| 10 | Tył tablicy z warstwy magnetycznej | TAK  |  |  |
| 11 | Tablica montowana w pionie lub poziomie | TAK  |  |  |
| 12 | W zestawie magnesy neodymowe (min. 3) | TAK, podać  |  |  |
| 13 | W zestawie gąbka i markery (min. 2) | TAK, podać  |  |  |
| 14 | W zestawie instrukcja obsługi w języku polskim | TAK  |  |  |

**CZĘŚĆ 15 zamówienia**

**Poz. 1 Krzesło biurowe – 20 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać  |  |  |
| 3 | Krzesło posiadające miękkie tapicerowane siedzisko i oparcie o ergonomicznym kształcie | TAK |  |  |
| 4 | Krzesło wyposażone w podłokietniki | TAK |  |  |
| 5 | Krzesło do użytku biurowego | TAK |  |  |
| 6 | Kółka miękkie umożliwiające ruch krzesła po wykładzinach i powierzchnia twardych | TAK |  |  |
| 7 | Kółka niepozostawiające śladów na twardych powierzchniach | TAK |  |  |
| 8 | Regulacja wysokości krzesła | TAK |  |  |
| 9 | Podstawa pięcioramienna | TAK |  |  |
| 10 | Kolor tapicerki: do wyboru zamawiającego | TAK, podać |  |  |
| 11 | Siedzisko i oparcie połączone, stanowiące jeden element | TAK, podać |  |  |

**Poz. 2 Stelaż na worki – 10 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Stelaż na worki na śmieci wyposażony w pedał nożny do otwierania klapy | TAK |  |  |
| 4 | Wymiary:Szerokość ok. 415mmWysokość ok. 920mmGłębokość ok. 470mm | TAK, podać |  |  |
| 5 | Stelaż pojedynczy na odpady | TAK |  |  |
| 6 | Stelaż umożliwiający montaż worka na śmieci do 120L | TAK |  |  |
| 7 | Rama stelażu metalowa  | TAK |  |  |
| 8 | Stelaż na 4 kółkach | TAK |  |  |

**Poz. 3 Listwa przeciwprzepięciowa – 20 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1. | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2. | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r. | TAK, podać |  |  |
| 3. | Listwa zasilająca min. 5 gniazd | TAK, podać  |  |  |
| 4. | Długość min. 3 m | TAK, podać  |  |  |
| 5. | Zabezpieczenie nadprądowe: Bezpiecznik automatyczny 10 A | TAK, podać |  |  |
| 6. | Poziom ochrony IP 20 | TAK, podać |  |  |
| 7. | Napięcie znamionowe 230 V | TAK, podać |  |  |
| 8. | Podświetlany wyłącznik sieciowy | TAK  |  |  |

**Poz. 4 Przedłużacz – 10 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1. | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2. | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 r.,  | TAK, podać |  |  |
| 3. | Przedłużacz biurowy | TAK |  |  |
| 4. | Długość min. 5 m | TAK, podać  |  |  |
| 5. |  Uziemienie | TAK  |  |  |

**CZĘŚĆ 16 zamówienia Aparat EKG – 1 kpl**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK, podać  |  |  |
| 3 | 12-kanałowy, cyfrowy aparat EKG w zestawie z 12 odprowadzeniowym kablem pacjenta: (kabel z indywidualnie odłączanymi przewodami poszczególnych odprowadzeń) oraz modułem pozwalający na uruchomienie zapisu EKG przy łóżku pacjenta zdalnie od aparatu EKG. | TAK |  |  |
| 4 | Dostępne formaty wydruku Co najmniej:- 3x4 (1R, 3R)- 3x4, 1R 8ST- 3x4, 1R 10ST- 6x2- 12 panoramiczny- 12 x 1 | TAK |  |  |
| 5 | Tryb „*Full disclosure*” z 5 minut z możliwością oznaczania istotnych fragmentów i wyboru do wydruku i zapamiętania 4 niezależnych zdarzeń | TAK |  |  |
| 6 | Podgląd zapisu przed wydrukiem | TAK |  |  |
| 7 | Szerokość papieru rejestracyjnego min. 210mm | TAK |  |  |
| 8 | Rozdzielczość wydruku- pionowa 200 dpi- pozioma 500 dpi | TAK |  |  |
| 9 | Możliwość konfiguracji profilu badania z zapamiętaniem min. 10 różnych konfiguracji | TAK |  |  |
| 10 | Wewnętrzny ekran kolorowy LCD, obsługiwany dotykowo | TAK |  |  |
| 11 | Ekran dotykowy LCD TFT o wymiarach co najmniej 13 x 9cm | TAK |  |  |
| 12 | Rozdzielczość ekranu min . 640x480 pikseli | TAK |  |  |
| 13 | Klawiatura alfanumeryczna w układzie QWERTY do wprowadzania danych demograficznych badanych pacjentów | TAK |  |  |
| 14 | Dane demograficzne pacjenta wprowadzane do aparatu. Min. nazwisko, imię, wiek, płeć, ID (np. PESEL), nr historii (pobytu) | TAK |  |  |
| 15 | Algorytm interpretacji zapisu z klasyfikacją min. 25 różnych stanów, w tym STEMI | TAK |  |  |
| 16 | Prezentacja graficzna zmian odcinka ST w postaci wykresów kołowych (tzw mapa ST) | TAK |  |  |
| 17 | Pasmo przenoszenia sygnału EKG w trybie AUTO z możliwością wyboru podziału pasma min. 0,05 – 150 Hz | TAK |  |  |
| 18 | Pasmo przenoszenia sygnału EKG w trybie RHYTHM z możliwością wyboru podziału pasma min. 0,05 – 150 Hz | TAK |  |  |
| 19 | Cyfrowa eliminacja zakłóceń sieciowych | TAK |  |  |
| 20 | Cyfrowa eliminacja pływania linii izoelektrycznych | TAK |  |  |
| 21 | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod z pacjentem | TAK |  |  |
| 22 | Częstotliwość próbkowania sygnału EKG minimum 8000 próbek/sekundę/kanał | TAK |  |  |
| 23 | Funkcja detekcji stymulatora serca | TAK |  |  |
| 24 | Automatyczne pomiary parametrów amplitudowo-czasowych zespołów QRS | TAK |  |  |
| 25 | Pamięć wewnętrzna aparatu minimum 200 pełnych badań EKG | TAK |  |  |
| 26 | Funkcja kopiowania zapisów na pamięć typu pen-drive podłączaną do portu USB.  | TAK |  |  |
| 27 | Możliwość zapisu i eksportu plików w formatach XML i PDF | TAK |  |  |
| 28 | Trwały, ergonomicznie ukształtowany kabel pacjenta ułatwiający wykonanie badania  | TAK |  |  |
| 29 | Wózek do aparatu z szufladą, koszykiem lub innym pojemnikiem na akcesoria. | TAK |  |  |
| 30 | Zasilanie sieciowe 230V/50Hz | TAK |  |  |
| 31 | Aparat wyposażony w akumulator pozwalający na pracę aparatu przez min 30 minut ciągłego zapisu EKG lub 30 wydruków badań (stron A4) | TAK |  |  |
| 32 | Wyświetlanie statusu akumulatora na ekranie | TAK |  |  |
| 33 | Możliwość doposażenia w funkcje dostępu do sieci LAN | TAK |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 1 | Szkolenie personelu medycznego i technicznego z obsługi sprzętu. | TAK |  |  |
| 2 | Przeszkolenie personelu technicznego do wykonywania przeglądów po okresie gwarancji z wystawieniem Certyfikatu uprawniającego do wykonywania przeglądów dla 4 osób. | TAK |  |  |
| 3 | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 4 | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 5 | W okresie gwarancyjnym przeglądy techniczne urządzenia w liczbie i zakresie zalecanym przez producenta dokonywane w siedzibie zamawiającego w cenie oferty. | TAK |  |  |
| 6 | Zalecane przez producenta częstotliwości wykonywania przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji - po gwarancjidostarczane na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 7 | Wykaz upoważnionych serwisów urządzenia na teranie Polski zawierający nazwę firmy, adres, telefon, fax dostarczany na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 8 | Wykonawca zapewnia dostępność części zamiennych i akcesoriów przez okres min. 8 lat. | TAK |  |  |

**CZĘŚĆ 17 zamówienia Niszczarka - 5 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1. | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2. | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023 | TAK, podać  |  |  |
| 3. | Niszczarka spełniająca poziom P5, microścianki 2x15mm | TAK, podać  |  |  |
| 4. | Możliwość niszczenia do 100 kartek 80gr jednocześnie  | TAK, podać |  |  |
| 5. | Możliwość niszczenia kart kredytowych, spinaczy, zszywek | TAK |  |  |
| 6. | Poziom hałasu do 57dBA | TAK, podać |  |  |
| 7. | Pojemnik na ścinki min. 32l | TAK, podać |  |  |
| 8. | Dotykowy panel sterownika  | TAK |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 4. | Wykaz upoważnionych serwisów urządzenia na teranie Polski zawierający nazwę firmy, adres, telefon, fax dostarczany na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 5. | Wykonawca zapewnia dostępność części zamiennych i akcesoriów przez okres min. 8 lat. | TAK |  |  |

**CZĘŚĆ 18zamówienia Lampa zabiegowa - 2 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** | **UWAGI** |
| 1 | Nazwa produktu, producent, kraj pochodzenia | TAK, podać |  |  |
| 2 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2022, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |  |
| 3 | Lampa zabiegowa, operacyjna | TAK  |  |  |
| 4 | Lampa mocowana sufitowo | TAK, podać  |  |  |
| 5 | Maksymalne natężenie światła 70 000-130 000 lux z odległości 1m | TAK, podać  |  |  |
| 6 | Źródło światła LED | TAK, podać  |  |  |
| 7 | Temperatura barwowa 4500K | TAK, podać  |  |  |
| 8 | Lampa jednoczaszowa | TAK, podać |  |  |
| 9 | Średnica kopuły świetlnej ok. 300mm - 400mm | TAK, podać  |  |  |
| 10 | Żywotność pracy diod 50 000- 60 000 godzin | TAK, podać |  |  |
| 1 | Współczynnik oddawania barw >95 | TAK, podać  |  |  |
| 12 | Regulacja natężenia oświetlenia za pomocą panelu | TAK, podać |  |  |
| 13 | Regulowana średnica pola roboczego | TAK, podać  |  |  |
| 14 | Lampa łatwa do czyszczenia, dezynfekcji | TAK, podać  |  |  |
| 15 | Napięcie zasilania ok. 100-240V | TAK, podać  |  |  |
| 16 | Rączka/uchwyt do ustawienia położenia czaszy, nadający się do sterylizacji | TAK, podać |  |  |

|  |
| --- |
| **Informacje dodatkowe:** |
| 1 | Szkolenie personelu medycznego i technicznego z obsługi sprzętu. | TAK |  |  |
| 2 | Przeszkolenie personelu technicznego do wykonywania przeglądów po okresie gwarancji z wystawieniem Certyfikatu uprawniającego do wykonywania przeglądów dla 4 osób. | TAK |  |  |
| 3 | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej np. na płycie CD (format PDF) dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 4 | Instrukcja czyszczenia/dezynfekcji urządzenia dostarczana na etapie dostawy urządzenia | TAK |  |  |
| 5 | W okresie gwarancyjnym przeglądy techniczne urządzenia w liczbie i zakresie zalecanym przez producenta dokonywane w siedzibie zamawiającego w cenie oferty. | TAK |  |  |
| 6 | Zalecane przez producenta częstotliwości wykonywania przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji - po gwarancji | TAK, podać |  |  |
| 7 | Wykaz upoważnionych serwisów urządzenia na teranie Polski zawierający nazwę firmy, adres, telefon, fax.  | TAK, podać |  |  |
| 8 | Wykonawca zapewnia dostępność części zamiennych i akcesoriów przez okres min. 8 lat. | TAK |  |  |

**UWAGA: Warunki/parametry określone w niniejszym załączniku, jako „TAK”/”Tak, podać” stanowią wymagania graniczne, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. W kolumnie „Wartość oferowanego parametru” Wykonawca musi podać wartość, itp. wg wskazań Zamawiającego określonych w kolumnach: „Parametr/warunek” i „Wartość wymagana”).**