Załącznik nr 6 do SIWZ

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 1**

**pozycja 1 -** Elektryczny rotor do rehabilitacji kończyn górnych i dolnych u pacjentów lezących z prowadnicami na nogi- sztuk 2

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
|  | Urządzenie do terapii ruchowej kończyn górnych i dolnych do ćwiczeń biernych i czynnych u pacjentów leżących  | Tak, opisać |  |
|  | Hamulec podłogowy czteropunktowy , zmiana  | Tak, opisać |  |
|  | możliwość ustawienia obrotów od 0 do 60 na min +/- 5%,  | Tak, opisać |  |
|  | wielkości zamachu pedałów, min. dwustopniowa (70 i 125 mm) | Tak, opisać |  |
|  | Regulacja odległości urządzenia w poziomie | Tak, opisać |  |
|  | Kolorowy, wielofunkcyjny wyświetlacz do wyświetlania i analizowania przebiegu treningu, posiadający pilot. Obsługiwany za pomocą przycisków . menu w języku polskim  | Tak, opisać |  |
|  | Min 10 programów terapeutycznych w tym:- Program ortopedyczny,- Program podstawowy,- Program rozluźniający,- Program wzmacniający,- Program wytrzymałościowy,- Program koordynacyjny,- Program do samodzielnego planowania jednostki treningowej,- Program do rozluźniania spastyki, zgodny z terapeutyczną zasadą automatycznej zamiany kierunku pedałowania, niewymagający manualnego wyboru rodzaju występującej spastyki | Tak, opisać |  |
|  | obsługa za pomocą przycisków | Tak, opisać |  |
|  | równomierne pedałowanie spowodowane napędem rozluźniającym | Tak, opisać |  |
|  | program do rozluźnienia spastyki wg terapeutycznej zasady automatycznej zmiany kierunku pedałowania | Tak, opisać |  |
|  | automatyczne rozpoznawanie nawet najmniejszej spastyki | Tak, opisać |  |
|  | trening symetryczny: jednoczesne wyświetlanie danych o wysiłku, oddzielnie lewej i prawej nogi, mierzenie napięcia (początkowego, końcowego oraz średniego), możliwość dokonania oceny treningu, | Tak, opisać |  |
|  | analiza treningu: widoczne dane o treningu oraz uzyskany postęp | Tak, opisać |  |
|  | podczas treningu, ewentualnie po jego zakończeniu, na monitorze pokazują się wymiennie: prędkość (obroty na min.), stopień trudności (napięcie mięśniowe), przebyty odcinek (km), zużyta energia (Joule/kcal), pór hamulców (bieg/stopień obciążenia), dane o osiągnięciach (Watt). | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość zapisania danych w pamięci rotora. | Tak, opisać |  |
|  | **Możliwość treningów:** 1. Trening pasywny z użyciem siły silnika
2. Trening aktywny z użyciem mocy silnika oraz funkcji wspomagania pedałowania
3. Trening aktywny- stopień trudności siły hamującej można ustawić na różnych poziomach. Urządzenie powinno posiadać 16 poziomów, które można ustawić z dokładnie dozowanym obciążeniem.
 | Tak, opisać |  |
|  | prowadnice na nogi z ustawianym odciążeniem stawów kolanowych oraz elastycznymi opaskami do mocowania rąk . | Tak, opisać |  |
|  | Przycisk z wyłącznikiem bezpieczeństwa | Tak, opisać |  |
| 20. | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 21. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 22. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 23. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 27 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 28 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 29 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 30 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 31 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 32 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 33 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 34 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Pozycja 2 -** Stół do ćwiczeń wg terapii Bobath z elektryczną zmianą wysokości leża – sztuk 1

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
| 2. | Stół do ćwiczeń wg terapii Bobath | Tak, opisać |  |
| 3. | Wyposażony w zagłówek z regulowanym katem nachylenia  | Tak, opisać |  |
| 4. | system jezdny z hamulcami | Tak, opisać |  |
| 5. | regulacje wysokości ramy | Tak, opisać |  |
| 6. | pilot ręczny | Tak, opisać |  |
| 7. | Tapicerka dwuczęściowa | Tak, opisać |  |
| 8. | rama wykonana ze stali  | Tak, opisać |  |
| 9. | Wymiary: min.200 cm x min.120 cm | Tak, opisać |  |
| 10. | Elektryczna regulacja wysokości max.53- min.96 cm +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 11. | Regulacja zagłówka 30 stop +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 12. | Obciążenie do 200 kg +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 13. | Zasilanie 230V/50 Hz | Tak, opisać |  |
| 14. | Tapicerka z ekoskóry poliuretanowej o grubości nie mniejszej niż 450 mm. +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 15. | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 16. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 18. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 19. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 20. | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 21. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 22. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 23. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 24. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 25. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 26. | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 27. | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Pozycja 3 -** Zestaw do ćwiczeń biernych kończyny górnej wraz z zestawem do ćwiczeń nadgarstka i łokcia – 1 sztuka

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
| 2 | Zestaw składający się z: elektrycznej szyny do ćwiczeń biernych stawów kończyny górnej, przystawki do ćwiczeń stawu barkowego, zestawu do ćwiczeń nadgarstka i łokcia wraz ze statywem.  | Tak, podać |  |
| 3 | Możliwość ćwiczenia w pozycji siedzącej lub leżącej | Tak, opisać |  |
| 4 | możliwość działania redresyjnego z kontrolą przyłożonej siły, | Tak, opisać |  |
| 5 | konstrukcja z podstawą jezdną | Tak, opisać |  |
| 6 | możliwość indywidualnego doboru parametrów ćwiczeń  | Tak, opisać |  |
| 7 | karta pamięci, | Tak, opisać |  |
| 8 | pilot bezpieczeństwa dla pacjenta | Tak, opisać |  |
| 9 | menu na monitorze w języku polskim |  |  |
| 10 | Regulacja prędkości ruchu: min. 1,5º/sec - max. 5,5º/sec | Tak, opisać |  |
| 11 | Regulacja czasu trwania sesji:  0-60 minut+/- 5% lub bez ograniczeń | Tak, opisać |  |
| 12 | Funkcja automatycznego zwiększenia zakresu ruchu |  |  |
| 13 | Przerwa po osiągnięciu skrajnych wartości zakresu ruch | Tak, opisać |  |
| 14 | Funkcja rozgrzewki | Tak, opisać |  |
| 15 | Zakresy ruchów w stawach:Staw barkowy:Unoszenie przodem 5° ÷ 180°(+/- 5%) ; Odwiedzenie - przywiedzeni 35° ÷ 150°(+/- 5%) ; Rotacja zewnętrzna – rotacja wewnętrzna 90° ÷ 0° ÷ 90°(+/- 5%)  | Tak, opisać |  |
| 16 | Staw łokciowy: Zgięcie - wyprost 0° ÷ 150°°(+/- 5%) ; Odwracanie - nawracanie 90° ÷ 0° ÷ 90°°(+/- 5%)  | Tak, opisać |  |
| 17 | Staw nadgarstka: Zgięcie - wyprost 80° ÷ 0° ÷ 80°°(+/- 5%) ; Odwiedzenie promieniowe – odwiedzenie łokciowe 30° ÷ 0° ÷ 20°°(+/- 5%)  | Tak, opisać |  |
| **18** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 19 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 21 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 22 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 23 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 24 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 25 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 26 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 27 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 28 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 29 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Pozycja 4 –** Urządzenie do ćwiczeń stawu skokowego z oporem elastycznym- sztuk 1

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | możliwość ćwiczeń zgięcia grzbietowego oraz podeszwowego wraz z supinacją lub pronacją. | Tak, opisać |  |
| 3 | możliwość pracy nad zakresem ruchu, | Tak, opisać |  |
| 4 | reedukacja proprioceptywna, | Tak, opisać |  |
| 5 | trening siły i wytrzymałości mięśniowej | Tak, opisać |  |
| 6 | trening koncentryczny i ekscentryczny mięśni podudzia | Tak, opisać |  |
| 7 | trening stabilizacji stawów | Tak, opisać |  |
| 8 | możliwość pracy w pozycji siedzącej lub leżącej | Tak, opisać |  |
| 9 | waga: ok 7-9 kg°(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 10 | pasy do stabilizacji w łóżku | Tak, opisać |  |
| 11 | Ćwiczenia w zamkniętym łańcuchu kinematycznym | Tak, opisać |  |
| 12 | Możliwość wykonywania ćwiczeń w pozycji półleżącej, leżącej i siedzącej | Tak, opisać |  |
| 13 | Wykonywanie ćwiczeń izotonicznych, koncentrycznych, ekscentrycznych oraz izometrycznych | Tak, opisać |  |
| 14 | Regulowane stopnie trudności – 4 gumy | Tak, opisać |  |
| **15** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 16 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 18 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 19 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 20 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 21 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 22 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 23 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 24 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 25 | Deklaracja zgodności CE | Tak,  |  |
| 26 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 27 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Pozycja 5 -** Rotor do rehabilitacji neurologicznej z ekranem dotykowym dla siedzącego z możliwością podjechania wózkiem do wykonywania ćwiczeń czynnych i biernych. Kończyn górnych i dolnych jednocześnie – sztuk 1

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych | Wartość wymagana | Wartość oferowana |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie do rehabilitacji ruchowej, treningu pasywnego i aktywnego wspomagającego nogi i ręce z możliwością wyboru treningu równoczesnego KD i KG, | Tak, podać |  |
|  | dotykowy wyświetlacz z regulowanym nachyleniem , | Tak, opisać |  |
|  | Nie mniej niż14 programów terapeutycznych,  | Tak, opisać |  |
|  | funkcja treningu dla pacjentów z silną spastycznością | Tak, opisać |  |
|  | biofeedback | Tak, opisać |  |
|  | kontrola treningu, | Tak, opisać |  |
|  | para prowadnic na podudzia | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość prowadzenia ćwiczeń wspomaganych silnikiem lub bez silnika | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość wyświetlania filmów motywujących na ekranie | Tak, opisać |  |
|  | Cyfrowe wspomaganie ruchami | Tak, opisać |  |
|  | możliwość dowolnie do­pasowywać zarówno wertykalnie jak i horyzontalnie do potrzeb indywidualnych pacjenta | Tak, opisać |  |
|  | Ustawienie wysokości, regulacja pozioma,,  | Tak, opisać |  |
|  | odchylana jednostka sterująca | Tak, opisać |  |
|  | regulowana podstawa z kółkami ułatwiającymi transport urządzenia | Tak, opisać |  |
| **16** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 17 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 19 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 20 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 21 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 22 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 23 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 24 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 25 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 26 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 27 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 28 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Pozycja 6 -** Szyna do ćwiczeń biernych kończyn dolnych z pilotem – sztuk 1

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
| 2. | Do prowadzenia ćwiczeń stawu biodrowego, kolanowego i skokowego w pozycji siedzącej lub stojącej.  | Tak, opisać |  |
| 3. | Z konsolą oraz programowalnym pilotem z kartą pamięci umożliwiającą zapisanie danych dot. programu ćwiczeń dla konkretnego pacjenta | Tak, opisać |  |
| 4. | możliwość biernej mobilizacji stawu biodrowego : 7 stop. – 115 stp. °(+/- 5%) i kolanowego w zakresie -10 stop.-120 stop°(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 5. | Regulacja: prędkości w trakcie ruchów zgięcia i wyprostu, siły, czasu trwania ćwiczeń, automatycznego zwiększania zakresów wyprostu i zgięcia, przerwy w trakcie tych ruchów | Tak, opisać |  |
| 6. | Limitu automatycznego wzrostu zgięcia i wyprostu oraz powtórzeń ruchu na limicie ROM | Tak, opisać |  |
| 7. | funkcje rozgrzewki i regulacje podparcia stopy | Tak, opisać |  |
| 8. | przystawka dla kończyn o długości mniejszej niż 72 cm°(+/- 5%)  | Tak, opisać |  |
| 9. | Zakres ruchu w stawie biodrowym min. 7-115 stop. (+/- 3%) | Tak, opisać |  |
| 10. | Zakres ruchu w stawie kolanowym min -10-120 stop.(+/-3%) | Tak, opisać |  |
| 11. | Siła min.0-40 kg ( +/- 5%) | Tak, opisać |  |
| **12.** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 13 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 14 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 15 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 16 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 17 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 18 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 19 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 20 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 21 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 22 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 23 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 24 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Pozycja 7 -** Wózek inwalidzki przeznaczony jest dla osób z dysfunkcją ruchu, z podparciem głowy – sztuk 2

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Umożliwiający stabilizację głowy i pleców.  | Tak, opisać |  |
| 3 | Wykonany z aluminium | Tak, opisać |  |
| 4 | posiadający oparcie z odchyleniem do poziomu przy pomocy sprężyn hydraulicznych oraz zagłówek z możliwością zmiany jego objętości w celu stabilizacji głowy | Tak, opisać |  |
| 5 | Koła tylne wypinane na szybkozłączki | Tak, opisać |  |
| 6 | Regulacja wysokości podnóżka, głębokości, odchylenia na zewnątrz , na wewnątrz, na boki, ze zmianą kata zgięcia. | Tak, opisać |  |
| 7 | Z podparciem stabilizującym łokieć wraz z paskami stabilizującymi | Tak, opisać |  |
| 8 | Szerokość siedziska – 50 cm – 1 sztuka , 46 cm – 1 sztuka | Tak, opisać |  |
| 9 | Min. waga pacjenta 180 kg. | Tak, opisać |  |
| **10** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 11 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 12 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 13 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 14 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 15 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 16 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 17 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 18 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 19 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 20 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 21 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 22 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 **( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)**

**Pozycja 8 -** Rotor do rehabilitacji kończyn górnych i dolnych – sztuk 15

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | wykonany ze stali,  | Tak, opisać |  |
| 3 | wyposażony w mechanizm oporowy, | Tak, opisać |  |
| 4 | składany, ręcznie sterowany | Tak, opisać |  |
| 5 | wolnostojący, | Tak, opisać |  |
| 6 | waga – max do 2,5 kg +/- 5 %  | Tak, opisać |  |
| 7 | licznik - z funkcją liczenia pełnych obrotów w ciągu minuty | Tak, opisać |  |
| 8 | pedały zabezpieczone pasami  | Tak, opisać |  |
| 9 | max obciążenie do 30 kg +/- 5 % | Tak, opisać |  |
| **10** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 11 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 12 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 13 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 14 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 15 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 16 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 17 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 18 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 19 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 20 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 21 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 22 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 **( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy**

**Pozycja 9 -** Zestaw do interaktywnej terapii kończyn górnych wraz ze stolikiem – sztuk 1

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  |
| 1 | **Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019** |  |  |
| 2 | Przenośny, kompaktowy zestaw urządzeń.  | Tak, opisać |  |
| 3 | Umożliwiający stosowanie pomiarów diagnostycznych oraz prowadzenie terapii kończyny górnej z zastosowaniem sprzężenia zwrotnego. | Tak, opisać |  |
| 4 | Oprogramowanie z zestawem gier | Tak, opisać |  |
| 5 | możliwość wykonywania różnorodnych ruchów ściskowych ręki: chwyt cylindryczny, prostowanie, streching, chwyty szczypcowe, wraz z pomiarem siły w czasie wykonywania ćwiczeń oraz pomiar ruchomości w stawach kończyny górnej ( ramiennym, łokciowym, nadgarstkowym ) | Tak, opisać |  |
| 6 | Oprogramowanie pozwalające na rejestrację wszystkich wyników pomiarów, ćwiczeń w sposób numeryczny i graficzny | Tak, opisać |  |
| 7 | Zakresy ruchu: Staw ramienny – zginanie, prostowanie, odwodzenie, przywodzenie od 0 stop. do 180 stop. °(+/- 5%) Staw łokciowy – zginanie , prostowanie od 0 stop. do 180 stop°(+/- 5%) ; pronacja, supinacja -90 stop- 0 stop-90 stop. °(+/- 5%) Nadgarstek – zginanie , prostowanie – 90 stop.-0 – 90 stop°(+/- 5%) , odwiedzenie dopromieniowe – dołokciowe 40 stop.- 20 stop. °(+/- 5%)  | Tak, opisać |  |
| 8 | Chwyt cylindryczny – pomiar do 1000 N lub 100 kg. °(+/- 5%) , chwyty szczypcowe – pomiar do 200 N lub 20 kg °(+/- 5%)  | Tak, opisać |  |
| 9 | Wyposażenie:przystawki do trójpłaszczyznowego ruchu w nadgarstku oraz przystawkę do łączonej terapii wszystkich części kończyny górnej wraz z podkładkami na nogi.stolik do urządzenia z uchwytami na przystawki z komputerem, monitorem i bezprzewodowa klawiaturą. | Tak, opisać |  |
| **10** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 11 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 12 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 13 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 14 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 15 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 16 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 17 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 18 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 19 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 20 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 21 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 22 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 **( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do**

 **reprezentowania Wykonawcy)**

**Pozycja 10 -** Rotor elektryczny dla dzieci do rehabilitacji kończyn górnych i dolnych sztuk 1

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 |  |  |
| 2 | Z przeznaczeniem dla dzieci | Tak, opisać |  |
| 3 | Możliwość terapii: | Tak, opisać |  |
| 4 | pasywne poruszanie nóg z pomocą silnika | Tak, opisać |  |
| 5 | trening wspomagany = aktywny trening z pomocą silnika | Tak, opisać |  |
| 6 | trening aktywny z możliwością dokładnego ustawiania oporu | Tak, opisać |  |
| 7 | obsługa za pomocą przycisków | Tak, opisać |  |
| 8 | równomierne pedałowanie spowodowane napędem rozluźniającym | Tak, opisać |  |
| 9 | program do rozluźniania spastyki wg terapeutycznej zasady automatycznej zmiany kierunku pedałowania | Tak, opisać |  |
| 10 | automatyczne rozpoznawanie nawet najmniejszej spastyki | Tak, opisać |  |
| 11 | elektroniczna pomoc przy wsiadaniu i wysiadaniu z wyłącznikiem bezpieczeństwa | Tak, opisać |  |
| 12 | trening symetryczny: jednoczesne wyświetlanie danych o wysiłku, oddzielnie lewej i prawej nogi | Tak, opisać |  |
| 13 | mierzenie napięcia (początkowego, końcowego oraz średniego) | Tak, opisać |  |
| 14 | ocena treningu | Tak, opisać |  |
| 15 | możliwość rozbudowy (programów treningowych, pojemność karty pamięci, funkcji ze stymulacją mięśni FES itd.) | Tak, opisać |  |
| 16 | analiza treningu: widoczne dane o treningu oraz uzyskany postęp; podczas treningu, ewentualnie po jego zakończeniu, na monitorze pokazują się wymiennie: prędkość (obroty na min.), czas treningu (min), stopień trudności (napięcie mięśniowe), przebyty odcinek (km), zużyta energia (Jule/kcal), osiągnięcia prawej i lewej strony (symetria), opór hamulców (bieg/stopień obciążenia), dane o osiągnięciach (Watt) | Tak, opisać |  |
| 17 | części treningu biernego i aktywnego pokazywane są osobno (droga, czas) | Tak, opisać |  |
| 18 | pojedyncze strony pokazywane na ekranie mogą zostać wpisane w pamięć | Tak, opisać |  |
| 19 | wytrzymała i stabilna konstrukcja metalowa rozciągana podstawa | Tak, opisać |  |
| 20 | możliwość ustawienia obrotów od 0 do 60 na min°(+/- 5%)  | Tak, opisać |  |
| 21 | duży (min. 85 mm x min. 115 mm) +/- 5% ekran; dobra kontrastowość | Tak, opisać |  |
| 22 | łatwy w transporcie dzięki dużej rolce ułatwiające przesuwanie | Tak, opisać |  |
| 23 | wyściełane obejmy na stopy z rzepem mocującym | Tak, opisać |  |
| 24 | zmiana wielkości zamachu pedałów, dwustopniowa (70 i 125 mm) °(+/- 5%)  | Tak, opisać |  |
| 25 | uchwyt dla zwiększonego bezpieczeństwa treningu; wysokość i odległość uchwytu można łatwo przestawić bez użycia narzędzi | Tak, opisać |  |
| 26 | odstęp pomiędzy stopami (wewnętrzna strona) w cm: 12 (+/- 2%) | Tak, opisać |  |
| 27 | różnorodne wyposażenie do treningu nóg, rąk oraz górnej części tułowia | Tak, opisać |  |
| 28 | szybkie przestawianie zamachu pedałów | Tak, opisać |  |
| 29 | Elastyczne opaski do mocowania rąk i nóg | Tak, opisać |  |
| 30 | Program podstawowySprawnościowa gra treningowa Program rozluźniający.Program wzmacniający.Program wytrzymałościowy.Program koordynacyjnyProgram dla osób chorych na SM.Program dla osób chorych na chorobę Parkinsona.Program dla osób po udarze mózgowymProgram do samodzielnego planowania jednostki treningowej.Program neurologiczny.Program Kardiologiczny.Program ortopedyczny. | Tak, opisać |  |
| **31** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 32 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 33 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 34 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 35 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 36 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 37 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 38 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 39 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 40 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 41 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 42 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 43 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 2 -** Urządzenie do terapii mowy i dysfagii wraz z akcesoriami – sztuk 1

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
| 2 | Urządzenie do terapii w przypadkach niewydolności czynnościowej głośni, umożliwiające prowadzenie terapii w oparciu o standardy terapii NMEPS i NMEAS. | Tak, opisać |  |
| 3 | Generowane prądy, co najmniej: G, GMC, DF, MF, CP, LP, Traeberta, HV, TENS, MENS, IG30, IG50, FM, STOCH, FaS, HVS, impulsy; trójkątne, prostokątne, trapezowe, eksponencjalne, z regulacją parametrów, IF, AMF, MT, KOTZ. | Tak, opisać |  |
| 4 | Program diagnostyczny do wyznaczania współczynnika akomodacji. | Tak, opisać |  |
| 5 | Dotykowy wyświetlacz LCD, minimum 7” oraz możliwość poruszania się po menu za pomocą 1 pokrętła. | Tak, opisać |  |
| 6 | Minimum 12 pamięci do zapisywania indywidualnych ustawień.  | Tak, opisać |  |
| 7 | Wyposażenie:kabel zasilania,kabel pacjenta,elektrody 4x3 cm+/- 5% (lub równoważne) z podkładami wiskozowymi - 2 szt.elektrody 8x6 cm+/- 5% (lub równoważne) z podkładami wiskozowymi - 4 szt.opaski mocujące elektrody – 2 szt.ręczny wyzwalacz impulsów,zestaw ćwiczeń foniatrycznych na nośniku (CD, karta pamięci, lub odtwarzacz mp3)odtwarzacz z głośnikiem zewnętrznym,uchwyt elektrod punktowych z 2 szt. elektrod i podkładamiStolik jezdny pod urządzenia z 2 półkami i szufladą wys. x szer. x gł. 82 x 45 x 51 cm (+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 8 | Gniazdo kart pamięci umożliwiające aktualizację. | Tak, opisać |  |
| 9 | Zasilanie: 230V, 50 Hz. | Tak, opisać |  |
| 10 | Urządzenie zawiera wszystkie akcesoria umożliwiające natychmiastowe podjecie terapii  | Tak, opisać |  |
|  | stolik jezdny pod urządzenie + pas mocujący elektrody wąski + pas mocujący elektrody szeroki + pokrowce mocujące do elektrod 30 sztuk + elektrody węglowe FF | Tak, opisać |  |
| **11** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 12 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 13 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 14 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 15 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 16 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 17 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 18 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 19 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 20 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 21 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 22 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 23 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Część 3 -** Respiratory sieciowo-akumulatorowe, przenośne - szt. 10

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Respirator turbinowy do prowadzenia wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej w warunkach terapii domowej i szpitalnej |  |  |
| 3 | Urządzenie z wyposażeniem fabrycznie nowe, rok produkcji 2019 | Tak, opisać |  |
| 4 | Respirator do wentylacji inwazyjnej oraz nieinwazyjnej | Tak, opisać |  |
| 5 | Respirator przystosowany do wentylacji okresowej i ciągłej | Tak, opisać |  |
| 6 | Zakres parametrów umożliwiający prowadzenie wentylacji u dorosłych i u dzieci od 5 kg masy ciała  | Tak, opisać |  |
| 7 | Waga aparatu bez dodatkowego wyposażenia poniżej 3,5 kg (+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 8 | Możliwość stosowania obwodów: jednorurowy przeciekowy oraz jednorurowy z zastawką | Tak, opisać |  |
| 9 | Możliwość stosowania z obwodami oddechowymi o średnicy: 10, 15 i 22 mm  | Tak, opisać |  |
| 10 | Możliwość zaprogramowania min. 2 programów terapeutycznych | Tak, opisać |  |
| 11 | **Monitor graficzny** |  |  |
| 12 | Aparat wyposażony w kolorowy, dotykowy ekran o przekątnej min. 7” | Tak, opisać |  |
| 13 | Napisy i komunikaty w języku polskim  | Tak, opisać |  |
| 14 | Ekrany dla monitorowania, ustawiania parametrów wentylacji i ustawiania alarmów | Tak, opisać |  |
| 15 | Ekran umożliwiający jednoczesne ustawianie parametrów wentylacji oraz monitorowanie parametrów tj. objętość wdechu lub wydechu (VTi lub Vte), częstość oddechów, procent oddechów spontanicznych w stosunku do całkowitej ilości, aktualny przeciek. | Tak, opisać |  |
| 16 | Ekran umożliwiający dostosowanie progów alarmowych do wyświetlanych parametrów uzyskiwanych przez wentylowanego pacjenta | Tak, opisać |  |
| 17 | Łatwy dostęp do menu konfiguracji i ustawień, monitorowania, alarmów i informacji z poziomu monitora aparatu poprzez dotykowe przyciski | Tak, opisać |  |
| 18 | Samoczynna blokada ekranu | Tak, opisać |  |
| 19 | Dwa poziomy dostępu do menu użytkownika: pacjenta (ograniczony) i kliniczny (pełny) | Tak, opisać |  |
| 20 | Możliwość monitorowania parametrów wentylacji w formie wartości cyfrowej, krzywych oddechowych oraz trendów. | Tak, opisać |  |
| 21 | Krzywe oddechowe ciśnienie/czas i przepływ/czas wyświetlane na ekranie w czasie rzeczywistym | Tak, opisać |  |
| 22 | **Zasilanie respiratora** |  |  |
| 23 | Własne zintegrowane źródło powietrza zapewniające ciągłe zasilanie respiratora w powietrze zarówno przy zasilaniu sieciowym jak i akumulatorowym | Tak, opisać |  |
| 24 | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce | Tak, opisać |  |
| 25 | Zintegrowany litowo-jonowy akumulator wewnętrzny umożliwiający pracę respiratora przy w pełni naładowanej baterii przez co najmniej 8 godzin, wskaźnik naładowania baterii na ekranie respiratora | Tak, opisać |  |
| 26 | Możliwość rozbudowy o zewnętrzne baterie do czasu zasilania min. 24 godziny | Tak, opisać |  |
| 27 | **Monitorowanie** |  |  |
| 28 | Krzywe: ciśnienie i przepływ w czasie rzeczywistym | Tak, opisać |  |
| 29 | Ekran z wyświetlanymi wartościami wentylacji przedstawionych w formie cyfrowej | Tak, opisać |  |
| 30 | Graficzny wskaźnik ciśnienia aktualnego, PEEP/EPAP, średniego | Tak, opisać |  |
| 31 | Dostępny ekran z podglądem aktywnych alarmów | Tak, opisać |  |
| 32 | Szczegółowe dane dotyczące pracy aparatu i wentylacji w ciągu ostatnich 7 dni dostępne na ekranie aparatu i do pobrania przy użyciu PC z zainstalowanym dedykowanym oprogramowaniem | Tak, opisać |  |
| 33 | Dane sumaryczne dotyczące pracy aparatu i wentylacji za ostanie 365 dni dostępne na ekranie aparatu i do pobrania przy użyciu PC zainstalowanym dedykowanym nieodpłatnym oprogramowaniem | Tak, opisać |  |
| 34 | **Tryb wentylacji** |  |  |
| 35 | Wentylacja wspomagana oraz kontrolowana | Tak, opisać |  |
| 36 | SIMV synchronizowana przerywana wentylacja dostępna z docelowymi ustawieniami ciśnienia P-SIMV oraz objętości V-SIMV | Tak, opisać |  |
| 37 | Wentylacja spontaniczna | Tak, opisać |  |
| 38 | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP | Tak, opisać |  |
| 39 | Wentylacja przy bezdechu - zabezpieczająca minimalna częstość oddechowa | Tak, opisać |  |
| 40 | Tryb pracy respiratora ustawiany w oparciu o docelową wentylację pęcherzykową z automatyczną regulacją częstotliwości oddechów | Tak, opisać |  |
| 41 | **Rodzaj oddechu wymuszonego** |  |  |
| 42 | Oddech kontrolowany objętością  | Tak, opisać |  |
| 43 | Oddech kontrolowany ciśnieniem  | Tak, opisać |  |
| 44 | Oddech kontrolowany ciśnieniem z funkcją zapewnienia bezpiecznej objętości VT | Tak, opisać |  |
| 45 | **Rodzaj oddechu spontanicznego** |  |  |
| 46 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem | Tak, opisać |  |
| 47 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem z automatycznym przełączeniem na oddech kontrolowany w przypadku bezdechu | Tak, opisać |  |
| 48 | Oddech wspomagany ciśnieniem z funkcją zapewnienia bezpiecznej objętości VT | Tak, opisać |  |
| 49 | CPAP ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych | Tak, opisać |  |
| 50 | **Parametry regulowane** | Tak, opisać |  |
| 51 | Częstość oddechów w zakresie nie mniejszym niż od wył. do 80 na minutę | Tak, opisać |  |
| 52 | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 50 do 2500 ml  | Tak, opisać |  |
| 53 | Docelowa objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 50 do 2500 ml | Tak, opisać |  |
| 54 | Regulowany czas wdechu w zakresie min. 0,2 do 5 sekund  | Tak, opisać |  |
| 55 | Szczytowe ciśnienie wdechowe w zakresie nie mniejszym niż od 2 do 50 cmH2O | Tak, opisać |  |
| 56 | Regulowane ciśnienie końcowo-wydechowe PEEP/EPAP 0-25 cmH2O+/- 5% | Tak, opisać |  |
| 57 | Ciśnienie wspomagania w zakresie nie mniejszym niż od 2 do 50 cmH2O | Tak, opisać |  |
| 58 | Regulacja CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 3 do 20 cmH2O | Tak, opisać |  |
| 59 | Trigger wdechowy przepływowy i ciśnieniowy posiadający nie mniej niż 5 poziomów regulacji oraz funkcję wyłączenia | Tak, opisać |  |
| 60 | **Inne funkcje wentylacji** | Tak, opisać |  |
| 61 | Automatyczny algorytm kompensujący zmienne przecieki | Tak, opisać |  |
| 62 | Regulacja narastania ciśnienia w zakresie od Min do 900 ms | Tak, opisać |  |
| 63 | Regulacja procentowego kryterium przełączania na fazę wydechową w zakresie nie mniejszym niż od (-) 5 do (-) 90% przepływu szczytowego(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 64 | Możliwość ustawiania „okna czasowego” trigger’a wdechowego tj. min. 0,3 sekundy | Tak, opisać |  |
| 65 | **Pomiary parametrów wentylacji** | Tak, opisać |  |
| 66 | Pomiar ciśnienia szczytowego wyświetlany cyfrowo | Tak, opisać |  |
| 67 | Pomiar w % oddechów inicjowanych i kończonych przez pacjenta | Tak, opisać |  |
| 68 | Pomiar rzeczywistej wydechowej objętości pojedynczego oddechu | Tak, opisać |  |
| 69 | Pomiar stosunku I/E | Tak, opisać |  |
| 70 | Pomiar przecieków niezamierzonych | Tak, opisać |  |
| 71 | Indeks dyszenia RSBI (f/Vt) | Tak, opisać |  |
| 72 | Możliwość pomiaru stężenia wdechowego tlenu, pomiar wyświetlany na ekranie respiratora, przy użyciu czujnika zintegrowanego w urzadzeniu | Tak, opisać |  |
| 73 | **Alarmy** | Tak, opisać |  |
| 74 | Hierarchia alarmów w zależności od ważności, min. 3 priorytetach (wysoki, średni i niski) | Tak, opisać |  |
| 75 | Alarm zaniku zasilania sieciowego | Tak, opisać |  |
| 76 | Alarm niskiego poziomu naładowania akumulatora | Tak, opisać |  |
| 77 | Alarm krytyczny poziom naładowania akumulatora wewnętrznego | Tak, opisać |  |
| 78 | Alarm wysokiej i niskiej minutowej objętości oddechowej | Tak, opisać |  |
| 79 | Alarm wysokiej objętości oddechowej | Tak, opisać |  |
| 80 | Alarm niskiej objętości oddechowej | Tak, opisać |  |
| 81 | Alarm wysokiego ciśnienia wdechowego i/lub niedrożności | Tak, opisać |  |
| 82 | Alarm niskiego ciśnienia wdechowego | Tak, opisać |  |
| 83 | Alarm wysokiej częstości oddechów | Tak, opisać |  |
| 84 | Alarm wysokiej nieszczelności  | Tak, opisać |  |
| 85 | Alarm niskiego i wysokiego PEEP | Tak, opisać |  |
| 86 | Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu | Tak, opisać |  |
| 87 | Alarm rozłączenia układu z regulacją tolerancji w zakresie 5% - 95% (+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 88 | Alarm bezdechu z możliwością regulacji czasu reakcji | Tak, opisać |  |
| 89 | Alarm bezdechu z możliwością wyboru: tylko alarm lub alarm z wentylacją bezdechu | Tak, opisać |  |
| 90 | Alarm bezdechu z możliwością wyboru: bezdech pacjenta lub każdy bezdech | Tak, opisać |  |
| 91 | Alarm braku przejścia testu | Tak, opisać |  |
| 92 | Alarm niewłaściwej konfiguracji urządzenia (nieprawidłowa maska, adapter, obwód) | Tak, opisać |  |
| 93 | Możliwość wyciszenia alarmów na 2 minuty | Tak, opisać |  |
| 94 | Możliwość przeglądania zapamiętanych alarmów na ekranie respiratora z minimum ostatnich 3 dni | Tak, opisać |  |
| 95 | **Inne pożądane funkcje i wymagane wyposażenie dodatkowe** | Tak, opisać |  |
| 96 | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | Tak, opisać |  |
| 97 | Możliwość pracy z układem wdechowym przeciekowym „Leakagevalve” | Tak, opisać |  |
| 98 | Możliwość pracy z układem wdechowym jednoramiennym z zaworem wydechowym | Tak, opisać |  |
| 99 | Torba transportowa do każdego respiratora | Tak, opisać |  |
| 100 | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.  | Tak, opisać |  |
| 101 | Respirator oprogramowany po polsku | Tak, opisać |  |
| 102 | Instrukcjami obsługi dla pacjenta oraz osobną dla personelu medycznego w języku polskim  | Tak, opisać |  |
| 103 | Serwis turbiny respiratora nie częściej niż 35 000 godzin pracy turbiny(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 104 | Głośność pracy respiratora - max. 35dB(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 105 | Nieodpłatne oprogramowanie do analizy danych w komputerze  | Tak, opisać |  |
| **106** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 107 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 108 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 109 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 110 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 111 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 112 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 113 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 114 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 115 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 116 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 117 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 118 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Część 4**

**Pozycja 1 - Łóżka wielofunkcyjne z materacami, statywem do kroplówek i wysięgnikiem – sztuk 18**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Szczyty odejmowane, tworzywowe lekkie stanowiące jedną zwartą bryłę z kolorową wstawką z tworzywa, bez dodatkowych widocznych łączeń. Szczyty łóżka z wyprofilowanymi uchwytami do prowadzenia łóżka umieszczone od góry. Szczyty z możliwością blokady na czas transportu za pomocą suwaków lub pokręteł. | Tak, opisać |  |
| 3 | Barierki dzielone, tworzywowe na całej długości leża (to znaczy od szczytu głowy aż do szczytu nóg pacjenta leżącego). W sekcji oparcia pleców barierki poruszające się z segmentem leża zabezpieczające pacjenta w pozycji siedzącej.Nie dopuszcza się barierek na ok. ¾ długości leża z dodatkowym protektorem zabezpieczającym wolną przestrzeń.  | Tak, opisać |  |
| 4 | Barierki boczne łatwe do obsługi przez personel medyczny. Zwalniane za pomocą jednej ręki wyposażone w system spowalniający opadanie wspomagany sprężyną gazową . Opadanie oraz opuszczanie nie powiększa gabarytów łóżka | Tak, opisać |  |
| 5 | Barierki boczne z wyprofilowanymi uchwytami które mogą służyć jako podparcie dla pacjenta podczas wstawania. Dodatkowo dolna krawędź barierki wyprofilowana jako haczyk do zawieszania worka na płyny urologiczne  | Tak, opisać |  |
| 6 | Łóżko wyposażone w wskaźniki kątowe z wyraźnym zaznaczeniem kąta dla segmentu pleców. Barierki posiadające możliwość ustawienia danego kąta za pomocą oddzielnych wyraźnie oznaczonych przycisków:- pozycji do spania (15 0 ) +/- 3 %- ustawienia zapobiegającemu obrzękowi płuc (300 ) +/- 3 %- wygodnej pozycji pobytowej (450 ) +/- 3 %za pomocą jednego przycisku | Tak, opisać |  |
| 7 | Leże łóżka 4 – sekcyjne oparte na systemie dwóch ramion wznoszących. | Tak, opisać |  |
| 8 | W leżu segment oparcia pleców przezierny dla promieni RTG, pozostałe wypełnione panelami z polipropylenu . Segment oparcia pleców wyposażony w tunel na kasetę RTG | Tak, opisać |  |
| 9 | Koła o średnicy min. 150mm z systemem sterowania jazdy na wprost i z  centralnym systemem hamulcowym. System obsługiwany dźwigniami od strony nóg pacjenta, zlokalizowanymi bezpośrednio przy kołach lub pojedynczą dźwignią na całej szerokości leża.  | Tak, opisać |  |
| 10 | Prześwit podwozia do podłogi min 17cm  | Tak, opisać |  |
| 11 | Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:1. Zintegrowanych przycisków w górnych barierkach bocznych łóżka od strony wewnętrznej dla pacjenta oraz zewnętrznej dla personelu (z obu stron), Barierki od strony zewnętrznej wyposażone w wyświetlacz LCD informujący o wybranej funkcji elektrycznej oraz o kącie nachylenia sekcji oparcia pleców
2. Centralny panel sterowania wszystkimi funkcjami elektrycznymi montowany na szczycie od strony nóg. Z możliwością selektywnej blokady i możliwością schowania go w półce na pościel
3. Pilot z możliwością użycia funkcji Trendelenburga, anty - Trendelenburga, pozycji szokowej oraz CPR. Pilot z wyborem trybu pracy dla pacjenta i personelu, oraz trybem serwisowym. Pilot umożliwiający z poziomu pielęgniarskiego blokadę niebezpiecznych funkcji dla pacjenta. Przewodowy pilot wyposażony w wyświetlacz LCD wspomagający osoby słabo widzącej w obsłudze
 | Tak, opisać |  |
| 12 | Zasilanie 230 V, 50 HzKlasa szczelności układu elektrycznego min IP-X6 | Tak, opisać |  |
| 13 | Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu  | Tak, opisać |  |
| 14 | Długość zewnętrzna łóżka – 2180mm (+/-30mm) z możliwością przedłużania leża o min. 25 cm | Tak, opisać |  |
| 15 | Szerokość zewnętrzna łóżka – max. 1000 mm  | Tak, opisać |  |
| 16 | Wymiar leża min. 870x2000mm  | Tak, opisać |  |
| 17 | Łóżko wyposażone w statyw do kroplówek i wysięgnik | Tak, opisać |  |
| 18 | Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie (330 mm do 900 mm)+/-30mm gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka | Tak, opisać |  |
| 19 | Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 75o +/- 5o | Tak, opisać |  |
| 20 | Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie min. 45o +/- 5o | Tak, opisać |  |
| 21 | Regulacja segmentu podudzia – ręczna mechanizmem zapadkowym  | Tak, opisać |  |
| 22 | Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków w barierkach bocznych i z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg oraz pilota przewodowego | Tak, opisać |  |
| 23 | Funkcja autoregresji o parametrze minimum 10 cm | Tak, opisać |  |
| 24 | Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga min. 14° – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. | Tak, opisać |  |
| 25 | Regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga min 140– sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg.  | Tak, opisać |  |
| 26 | Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg | Tak, opisać |  |
| 27 | Elektryczna funkcja CPR z każdej pozycji do reanimacji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. Dodatkowo z barierek bocznych od strony dla personelu medycznego i z pilota przewodowego ustawionego w trybie pielęgniarskim  | Tak, opisać |  |
| 28 | Dodatkowy mechaniczny CPR sekcji oparcia placów dźwignia umieszczona w górnej części oparcia pleców w okolicach szczytu głowy  | Tak, opisać |  |
| 29 | Możliwość mechanicznego unoszenia oparcia pleców w przypadku awarii układu elektrycznego | Tak, opisać |  |
| 30 | Elektryczna funkcja antyszokowa z każdej pozycji– sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. Przycisk oznaczony innym kolorem niż pozycja Trendelenburga | Tak, opisać |  |
| 31 | Elektryczna regulacja pozycji egzaminacyjnej – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg | Tak, opisać |  |
| 32 | Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (na centralnym panelu sterowania) dla  poszczególnych regulacji (selektywny wybór) | Tak, opisać |  |
| 33 | Łóżko posiadające wysuwaną spod leża półkę np. do odkładania pościeli lub schowania centralnego panelu sterowniczego  | Tak, opisać |  |
| 34 | Krążki odbojowe w każdym narożniku | Tak, opisać |  |
| 35 | Łóżko z czterema otworami we wszystkich narożnikach do montażu wyposażenia dodatkowego np. statywu do kroplówkiPo obu stronach łóżkach listwy do montażu wyposażenia dodatkowego tzw. Eurolistwy | Tak, opisać |  |
| 36 | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 260kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego | Tak, opisać |  |
| 37 | Łóżko wyposażone w alarm odblokowanego hamulca podczas podłączenia do sieci. | Tak, opisać |  |
| 38 | Możliwość wyboru kolorystyki łóżka z zaproponowanego wzornika przez Wykonawcę – min. 5 kolorów  | Tak, opisać |  |
| 39 | Minimalne obciążenie łózka 250 kg  | Tak, opisać |  |
| 40 | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 41 | Przeglądy sprzętu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 42 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 43 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 44 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 45 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 46 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 47 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 48 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 49 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 50 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 51 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 52 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Pozycja 2 – szafka przyłóżkowa szt. 18**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Korpus szafki wykonany z profili aluminiowych. Ramki szuflad oraz boki korpusu wykonane z ocynkowanej stali pokrytej lakierem poliestrowo-epoksydowym. Blat szafki oraz czoła szuflad wykonane z wytrzymałego i wodoodpornego tworzywa HPL (o grubości min. 6 mm). |  |  |
| 3 | Tylna część blatu szafki wyposażona w aluminiowy reling posiadający tworzywowy haczyk na ręcznik oraz tworzywowy uchwyt na szklankę z możliwością demontażu oraz przesuwania na całej jego długości.Boczne krawędzie blatu szafki zabezpieczone aluminiowe listwy w kształcie litery C. | Tak, opisać |  |
| 4 | Szafka składająca się z dwóch szuflad, pomiędzy szufladami półka na prasę o wysokości min. 150 mm. – dostęp do półki od frontu szafki. | Tak, opisać |  |
| 5 | Szuflada górna wyposażona w odejmowany tworzywowy (ABS) wkład ułatwiający mycie i dezynfekcję z podziałem na 3 części. Wysokość szuflady min. 110 mm. Szuflada wysuwana spod górnego blatu szafki na prowadnicach rolkowych umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie. | Tak, opisać |  |
| 6 | Szuflada dolna wyposażona w odejmowany tworzywowy (ABS) wkład łatwy do mycia i dezynfekcji dzielący wnętrze szuflady na 3 części. Jedna z części ma pełnić funkcję uchwytu na 2 butelki o pojemności min. 1,5 l, uchwyt na butelki z możliwością jego demontażu. Wysokość szuflady min. 350 mm. Szuflada wyposażona w prowadnice rolkowe umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie.  | Tak, opisać |  |
| 7 | Wymiary zewnętrzne:- wysokość - 900 mm (± 20mm)- szerokość szafki - 460 mm (± 20mm)- szerokość szafki z zamontowanym, złożonym blatem bocznym - 550 mm (± 20mm)- szerokość przy rozłożonym blacie - 1150 mm (± 20mm)- głębokość - 470 mm (± 20mm) | Tak, opisać |  |
| 8 | Czoła szuflad zaopatrzone w uchwyty w kolorze stalowym. | Tak, opisać |  |
| 9 | Pod dolną szufladą półka na rzeczy podręczne pacjenta (np. obuwie) wykonana z tworzywa ABS. Dostęp do półki tylko od frontu szafki | Tak, opisać |  |
| 10 | Szafka wyposażona w blat boczny z bezstopniową regulacją wysokości za pomocą sprężyny gazowej z możliwością regulacji kąta pochylenia blatu.Sprężyna gazowa osłonięta w aluminiowej, prostokątnej obudowie.Mechanizm unoszenia oraz zwalniania blatu umieszczony w tworzywowej, ergonomicznej manetce umieszczonej na wysokości blatu głównego szafki, nie wymuszającej konieczności pochylania się celem rozłożenia lub uniesienia blatu bocznego. | Tak, opisać |  |
| 11 | Regulacja blatu bocznego w zakresie: 750 - 1100 mm (± 20mm) | Tak, opisać |  |
| 12 | Regulowany kąt pochylenia blatu bocznego  | Tak, opisać |  |
| 13 | Blat półki bocznej wykonany z wytrzymałego i wodoodpornego tworzywa HPL (o grubości min. 6 mm), wspornik blatu osłonięty zaokrągloną osłoną wykonaną z aluminium, min. dwie krawędzie zabezpieczone aluminiowym relingiem w kształcie litery C. | Tak, opisać |  |
| 14 | Blat Boczny z możliwością jego rozłożenia na każdej wysokości bez konieczności odsuwania szafki od łóżka oraz bez konieczności obrotu blatu o kąt 180°. Rozkładnie blatu bocznego rozpoczyna się poprzez odchylenie górnej krawędzi blatu na zewnątrz(górna krawędź wyposażona w tworzywowy uchwyt wystający poza obrys blatu) nie dopuszcza się rozwiązania odwrotnego polegającego na odchyleniu dolnej krawędzi blatu – wymuszającej konieczność pochylania się oraz odsuwania szafki od krawędzi łóżka. | Tak, opisać |  |
| 15 | Łatwo odejmowany blat boczny z możliwością zamocowania z lewej lub prawej strony szafki (bez użycia narzędzi) | Tak, opisać |  |
|  | Szafka wyposażona w 4 podwójne koła jezdne w tym min. 2 z blokadą, o śr. min. 50 mm z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem. Blat boczny szafki wyposażony w dodatkowe 5 koło zapewniające większą stabilność podczas spożywania posiłków – piąte koło znajduje się centralnie pod obudową sprężyny gazowej. |  |  |
| **16** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 17 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 19 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 20 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 21 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 22 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 23 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 24 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 25 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 26 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 27 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 28 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Pozycja 3 - materac zmiennociśnieniowy z pompą - sztuk16**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 | Materac z produkcji seryjnej niemodyfikowany pod kątem niniejszego postępowania. | Tak, opisać |  |
| 4 | Materac powietrzny przeciwodleżynowy. Zestaw pompa i materac pochodzący od tego samego wytwórcy. | Tak, opisać |  |
| 5 | Materac przeznaczony do profilaktyki i/lub wspomagania leczenia odleżyn wszystkich stopni. | Tak, opisać |  |
| 6 | System pracy zmiennociśnieniowy co druga komora, z możliwością przełączenia na tryb statyczny.  | Tak, opisać |  |
| 7 | Komory rurowe proste umieszczone w rzędach winny napełniać się powietrzem i opróżniać na przemian (co druga) w cyklu o regulowanym czasie. Komory w sekcji głowy winny być stale napełnione powietrzem. | Tak, opisać |  |
| 8 | Co najmniej trzy dostępne czasy regulacji cyklu pracy materaca. | Tak, opisać |  |
| 9 | Materac zbudowany z min.18 poprzecznych komór ze zintegrowaną częścią statyczną i zmiennociśnieniową, wykonanych z elastycznego, nie usztywnionego poliuretanu. Komory materaca pojedynczo wymienne. | Tak, opisać |  |
| 10 | Materac wyposażony w dodatkową funkcję przechyłów bocznych i rotacji pacjenta, możliwość przechyłu/rotacji jednostronnej lub obustronnej. Kąt przechyłu/rotacji regulowany w zakresie do 30 stopni (+/- 5%) Czas przechyłu/rotacji regulowany w zakresie co najmniej 10-80 minut(+/-5%) modułem nie większym niż 5 minut. Funkcja przechyłu/rotacji pracująca zarówno w trybie zmiennociśnieniowym jak i statycznym. | Tak, opisać |  |
| 11 | Maksymalny czasu przechyłu/rotacji: 90 minut i więcej | Tak, opisać |  |
| 12 | Materac o wymiarach 200cm x 90cm x 21cm± 1cm.  | Tak, opisać |  |
| 13 | Materac wyposażony w komory boczne służące do zabezpieczenia pacjenta w czasie stosowania przechyłów bocznych i/lub rotacji. Komory boczne z możliwością niezależnego napełniania i opróżniania. | Tak, opisać |  |
| 14 | Wysokość w/w komór bocznych powyżej 5cm do 11cm włącznie | Tak, opisać |  |
| 15 | Materac z funkcją owiewu ciała pacjenta powietrzem wydobywającym się przez mikrootworki. | Tak, opisać |  |
| 16 | Materac wyposażony w funkcję rozpoznającą obciążenie wywierane na materac przez pacjenta. Możliwość ręcznej regulacji ciśnienia powietrza w materacu. | Tak, opisać |  |
| 17 | Materac pokryty półprzepuszczalnym pokrowcem - przepuszczającym parę wodną, a zatrzymującym ciecze, wykonanym z dzianiny rozciągliwej dwukierunkowo. Możliwość mycia i dezynfekcji.  | Tak, opisać |  |
| 18 | Materac wyposażony w zasilacz pneumatyczny zawieszany na ramie łóżka z możliwością ustawienia obok łóżka, zaopatrzony w panel sterowania z wskaźnikami sygnalizującymi:pracę materacabrak właściwego ciśnienia z sygnalizacją świetlną i dźwiękową - przerwy w zasilaniu prądem z sygnalizacją 1. świetlną i dźwiękową

konieczność przeprowadzenia czynności serwisowych | Tak, opisać |  |
| 19 | Materac kładziony na ramę łóżka | Tak, opisać |  |
| 20 | Możliwość szybkiego spuszczenia powietrza z materaca za pomocą zaworu CPR. | Tak, opisać |  |
| 21 | Limit wagi pacjenta nie mniej niż 255kg (+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 22 | Możliwość transportu pacjenta na materacu pozbawionym zasilania w czasie nie krótszym niż 12 godz. – tryb transportowy. | Tak, opisać |  |
| 23 | W trybie transportowym materac winien pozostać napompowany w całości: w części zmiennociśnieniowej i statycznej. | Tak, opisać |  |
| 24 | Funkcja maksymalnego wypełnienia materaca uruchamiana z jednego przycisku na pompie ułatwiająca przeprowadzenie np. czynności pielęgnacyjnych z automatycznym powrotem do poprzednich ustawień po 20 minutach (+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 25 | Zasilanie 230V 50Hz | Tak, opisać |  |
| 26 | Przewód elektryczny odłączalny od pompy z zabezpieczeniem przed przypadkowym odłączeniem | Tak, opisać |  |
| 27 | Przewód powietrzny z podłączeniem kątowym do pompy | Tak, opisać |  |
| **28** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 29 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 30 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 31 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 32 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 33 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 34 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 35 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 36 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 37 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 38 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 39 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 40 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Część 5**

**Pozycja 1 -** Ssaki medyczne akumulatorowo- sieciowe szt. 12

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Ssak akumulatorowo – sieciowy, przenośny | Tak, opisać |  |
| 3 | pojemnik wielorazowego użytku do sterylizacji w autoklawie w temp do 134 stop. C. z zakręcaną pokrywą o pojemności 1- 2 litry +/-5**,** z dołączoną ładowarka samochodową oraz sieciową. | Tak, opisać |  |
| 4 | Wydajność ssania: 34l/min i powyżej | Tak, opisać |  |
| 5 | siła ssania: 0-0,80 bar+/- 5%), z możliwością wyboru siły ssania, z akumulatorem, | Tak, opisać |  |
| 6 | żywotność akumulatora min 500 cykli ładowania( potwierdzone) | Tak, opisać |  |
| 7 | Czas ładowania do 100% -4 godziny +/-5%. | Tak, opisać |  |
| 8 | Nadającym się do transportu, z torbą transportową | Tak, opisać |  |
| 9 | głośność max do 64-70 dB(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 10 | zawór przeciwprzelewowy | Tak, opisać |  |
| 11 | W zestawie dodatkowo dwa pojemniki oraz 2 komplety drenów oraz 10 filtrów do każdego ssaka | Tak, opisać |  |
| 12 | możliwość monitorowania stanu zużycia baterii. | Tak, opisać |  |
| 13. | Akumulator litowo-jonowy  | Tak, opisać |  |
| 14. | Czas pracy na akumulatorze w najwyższym stopniu ssania min do 60 min +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 15 | Potrójne zabezpiecznie przed zalaniem/zawilgoceniem silnika tj. filtr antybakteryjny-hydrofobowy, zawór antyprzelewowy oraz dodatkowy filtr chroniący silnik ssaka niewymagający okresowej wymiany | Tak, opisać |  |
| 16. | Instrukcja w języku polskim  | Tak, opisać |  |
| 17 | W zestawie dedykowana torba transportowa do ssaka i akcesoriów | Tak, opisać |  |
| **18** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 19 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 21 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 22 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 23 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 24 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 25 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 26 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 27 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 28 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 29 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 30 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Pozycja 2 -** Wanna (wózek transportowo kąpielowy - sztuk 1

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
| 2 | Wykonana ze stali nierdzewnej oraz aluminium.  | Tak, opisać |  |
| 3 | elektryczna regulacja wysokości min. 595-1050 +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 4 | możliwość przechyłu górnej części ciała do ok.10 stop. +/- 3 % | Tak, opisać |  |
| 5 | Wanna oparta na kółkach z pojedynczym punktem obrotu | Tak, opisać |  |
| 6 | centralną blokadą kół | Tak, opisać |  |
| 7 | Tapicerka wytrzymała z poliuretanu. | Tak, opisać |  |
| 8 | po bokach wanna powinna być zabezpieczona dwiema opuszczanymi kratami/poręczami ze stali nierdzewnej | Tak, opisać |  |
| 9 | Z pilotem, ładowarką oraz zapasowym akumulatorem i poduszką dla pacjenta. | Tak, opisać |  |
| 10 | Obciążenie wanny do min 180 kg | Tak, opisać |  |
| 11 | Długość min. 2 010 mm., lub z możliwością przedłużenia leża.do min 2010 mm. ,szer.min. 760 mm.  | Tak, opisać |  |
| **12** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 13 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 14 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 15 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 16 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 17 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 18 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 19 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 20 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 21 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 22 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 23 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 24 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 **( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)**

**Pozycja 3 -** Podnośnik mobilny do przewożenia pacjentów obłożnie chorych w pozycji siedzącej i leżącej

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, podać |  |
| 2 | Wykonany w 100% z wytrzymałego lekkiego materiału.  | Tak, podać |  |
| 3 | do przemieszczania i kąpieli pacjentów |  |  |
| 4 | dla pacjentów o wadze do 230 kg +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 5 | ręczny panel sterujący ze wskaźnikiem poziomu naładowania baterii, diagnozą błędów, serwisem | Tak, opisać |  |
| 6 | Waga cyfrowa. | Tak, opisać |  |
| 7 | Możliwość podnoszenia pacjenta z poziomu podłogi. | Tak, opisać |  |
| 8 | Nosidła 4 –punktowe | Tak, opisać |  |
| 9 | Podnośnik powinien zawierać wszystkie akcesoria umożliwiające natychmiastowa pracę z podnośnikiem w tym ramy do przenoszenia pacjenta we wszystkich oferowanych pozycjach | Tak, opisać |  |
| 10 | Nosidła transportowe ( L, XL, XXL) po 1 sztuce każdego rozmiaru Nosidła kąpielowe ( L, XL, XXL) ) po 1 sztuce każdego rozmiaru Nosidła do toalety   (, L, XL, XXL ) ) po 1 sztuce każdego rozmiaru Nosidło do przewożenia pacjenta w pozycji leżącej- 1 sztuka | Tak, opisać |  |
| 11 | Podstawa jezdna (dł. X wys.)Min.1290 mm x 125mm | Tak, opisać |  |
| 12 | Szer.  podstawy jezdnej wewnątrz (zamknięta / rozsunięta) Min.540mm / 1040 mm | Tak, opisać |  |
| 13 | Szer.  podstawy jezdnej zewnątrz (zamknięta / rozsunięta) Min.700 mm / 1180 mm | Tak, opisać |  |
| 14 | Zakres podnoszenia Min.1400 mm | Tak, opisać |  |
| 15 | Dopuszczalny ciężar pacjenta min230 kg | Tak, opisać |  |
| 16 | Zasilanie 24 VDopuszcza się różnicę w powyższych danych technicznych +/- 5%  | Tak, opisać |  |
| 17 | Z dodatkowym akumulatorem litowo-jonowym oraz ładowarką. | Tak, opisać |  |
| 18 | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 19 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 21 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 22 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 23 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 24 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 25 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 26 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 27 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 28 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 29 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 30 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Pozycja 4 -** Ciśnieniomierze naścienne – 29 sztuk wraz z mankietami -50 sztuk

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  |
| 1. | **Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019** |  |  |
| 2. | Ciśnieniomierz ręczny naścienny, bezrtęciowy | Tak, opisać |  |
| 3. | Manometr zegarowy, obracalny czytelny pod różnym katem. | Tak, opisać |  |
| 4. | Tarcza manometru o szerokości min. 15 cm ( +/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 5. | Zakres pomiarowy 0 – 300 mmHg ( +/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 6. | Potwierdzona dokładność ±3 mm Hg | Tak, opisać |  |
| 7. | Dożywotnia gwarancja kalibracji  | Tak, opisać |  |
| 8. | Mankiet wielorazowy wykonany z tworzywa sztucznego – zapinany na rzep, przystosowany do mycia i dezynfekcji poprzez całkowite zanurzenie – sztuk 50 | Tak, opisać |  |
| 9. | Mankiet z powłoką antybakteryjną, niezawierający lateksu,  | Tak, opisać |  |
| 10. | Przewód mankietu obrotowy o 360º,  | Tak, opisać |  |
| 11. | W komplecie mankiet rozmiar dorosły standard – 40 sztuk oraz dorosły duży - 10 sztuk przystosowany do zanurzania w wodzie, środku dezynfekcyjnym | Tak, opisać |  |
| 12. | Uchwyt ścienny  | Tak, opisać |  |
| 13. | Długość przewodu łączącego aparat z mankietem min. 250 cm. +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 14. | Wyposażony w wygodny pojemnik na akcesoria ciśnieniomierza , znajdujący się przy manometrze  | Tak, opisać |  |
| 15. | Deklaracja zgodności | Tak, opisać |  |
| 16 | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 17 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 19 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 20 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 21 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 22 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 23 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 24 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 25 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 26 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 27 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 28 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 **( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)**

**Pozycja 5 - wózki wielofunkcyjne- sztuk 4**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  |
| 1 | **Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019** |  |  |
| 2 | Wymiary szafki wózka (bez wyposażenia dodatkowego):- długość 600 mm (+/- 20 mm)- głębokość 500 mm (+/- 20 mm)- wysokość od podłoża do blatu 1000 mm (+/- 20 mm)- wysokość wraz z nadstawką1680 mm (+/- 20 mm) | Tak, opisać |  |
| 3 | 4 szuflady pyłoszczelne, dolna szuflada wzmocniona, dostosowana do przechowywania płynów infuzyjnych, wysokość frontu 250 mm (+/- 20 mm) | Tak, opisać |  |
| 4 | Szafka i szuflady wykonane ze stali lakierowanej proszkowo, kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego (minimum 5 kolorów do wyboru). Korpus stabilny, w systemie podwójnych ścianek, z materiałem wygłuszającym | Tak, opisać |  |
| 5 | Blat szafki wykonany z tworzywa ABS, z przegłębieniem, obudowany z 3 stron, z wysuwanym blatem bocznym | Tak, opisać |  |
| 6 | Podstawa stalowa z osłoną z tworzywa ABS pełniącą funkcję odbojów, wyposażona w 4 kółka o średnicy min. 125 mm+/- 5%, w tym 2 z blokadą | Tak, opisać |  |
| 7 | WYPOSAŻENIE DODATKOWE WÓZKA: - 3 szyny instrumentalne ze stali kwasoodpornej, narożniki zabezpieczone i zintegrowane z korpusem wózka poprzez łącznik z tworzywa- 1 szyna instrumentalna pod nadstawką, z możliwością regulacji wysokości- wysuwany blat boczny ze stali lakierowanej proszkowo- nadstawka dwurzędowa na 11 uchylnych, transparentnych pojemników, stelaż nadstawki aluminiowo - stalowy, z kanałem montażowym umożliwiającym zmianę regulacji wysokości szyny instrumentalnej oraz doposażenie wózka w dodatkowe akcesoria bez konieczności wykonywania przeróbek technologicznych, wyłącznie za pomocą elementów złącznych- 1x pojemnik na rękawiczki obudowany z 3 stron- 1x koszyk na akcesoria ze stali kwasoodpornej, grubość drutu 2 mm, stelaż 5 mm, wymiary koszyka 290x96x90 mm (+/-20 mm)- 1x koszyk na akcesoria ze stali kwasoodpornej, grubość drutu 2 mm, stelaż 5 mm, wymiary koszyka 360x150x160 mm (+/-20 mm)- uchwyt ze stali kwasoodpornej do pojemnika na zużyte igły, dostosowany do wymiaru pojemników Zamawiającego- kosz na odpady - uchwyt do prowadzenia | Tak, opisać |  |
| 8 | Dodatkowe akcesoria mocowane za pomocą aluminowych kostek (bryły) z pokrętłem stabilnie mocującym osprzęt, nie odkształcających się podczas użytkowania, blokujących przesuwanie się osprzętu podczas jazdy, uchwyty z możliwością zawieszenia także na szynie Modur o przekroju 10x30 mm | Tak, opisać |  |
| **9** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 10 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 11 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 12 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 13 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 14 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 15 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 16 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 17 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 18 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 19 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 20 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 21 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 **( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)**

**Pozycja 6 -** Koncentrator tlenu przenośny - sztuk 5

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  |
| 1 | **Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019** |  |  |
| 2 | Do prowadzenia tlenoterapii w warunkach domowych i szpitalnych | Tak, opisać |  |
| 3 | Przystosowany do pracy ciągłej | Tak, opisać |  |
| 4 | przepływ tlenu od 0,5 – 5 l/min, | Tak, opisać |  |
| 5 | Głośność max 43 dB +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 6 | Koncentracja tlenu 90-96% | Tak, opisać |  |
| 7 | Wskaźnik poziomu stężenia tlenu  | Tak, opisać |  |
| 8 | Wizualny i dźwiękowy alarm niskiego stężenia tlenu  | Tak, opisać |  |
| 9 | Dźwiękowy alarm braku zasilania, niskiego i wysokiego ciśnienia | Tak, opisać |  |
| 10 | Waga max do 24 kg +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 11 | Wyposażony w czujnik zawartości tlenu, alarm braku przepływu tlenu, alarm niskiej zawartości tlenu czy alarm braku zasilania, licznik godzin pracy |  |  |
| 12 | Czas pracy kompresora do min 25 000,00 godzin. | Tak, opisać |  |
| 13 | Zasilanie sieciowe. | Tak, opisać |  |
| 14 | Wyposażenie: Po 2 komplety ( nawilżacz, filtr wewnętrzny i zewnętrzny) do każdego koncentratora tlenu | Tak, opisać |  |
| 15 | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 16 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 18 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 19 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 20 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 21 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 22 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 23 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 24 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 25 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 26 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 27 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 ( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**CZĘŚĆ 6**

**pozycja 1 -** respirator sieciowo - akumulatorowy, przenośny szt. 5

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Respirator turbinowy do prowadzenia wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej w warunkach terapii domowej i szpitalnej |  |  |
| 3 | Urządzenie z wyposażeniem fabrycznie nowe, rok produkcji 2019 | Tak, opisać |  |
| 4 | Respirator do wentylacji inwazyjnej oraz nieinwazyjnej | Tak, opisać |  |
| 5 | Respirator przystosowany do wentylacji okresowej i ciągłej | Tak, opisać |  |
| 6 | Zakres parametrów umożliwiający prowadzenie wentylacji u dorosłych i u dzieci od 5 kg masy ciała  | Tak, opisać |  |
| 7 | Waga aparatu bez dodatkowego wyposażenia poniżej 3,5 kg (+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 8 | Możliwość stosowania obwodów: jednorurowy przeciekowy oraz jednorurowy z zastawką | Tak, opisać |  |
| 9 | Możliwość stosowania z obwodami oddechowymi o średnicy: 10, 15 i 22 mm  | Tak, opisać |  |
| 10 | Możliwość zaprogramowania min. 2 programów terapeutycznych | Tak, opisać |  |
| 11 | **Monitor graficzny** |  |  |
| 12 | Aparat wyposażony w kolorowy, dotykowy ekran o przekątnej min. 7” | Tak, opisać |  |
| 13 | Napisy i komunikaty w języku polskim  | Tak, opisać |  |
| 14 | Ekrany dla monitorowania, ustawiania parametrów wentylacji i ustawiania alarmów | Tak, opisać |  |
| 15 | Ekran umożliwiający jednoczesne ustawianie parametrów wentylacji oraz monitorowanie parametrów tj. objętość wdechu lub wydechu (VTi lub Vte), częstość oddechów, procent oddechów spontanicznych w stosunku do całkowitej ilości, aktualny przeciek. | Tak, opisać |  |
| 16 | Ekran umożliwiający dostosowanie progów alarmowych do wyświetlanych parametrów uzyskiwanych przez wentylowanego pacjenta | Tak, opisać |  |
| 17 | Łatwy dostęp do menu konfiguracji i ustawień, monitorowania, alarmów i informacji z poziomu monitora aparatu poprzez dotykowe przyciski | Tak, opisać |  |
| 18 | Samoczynnablokadaekranu | Tak, opisać |  |
| 19 | Dwa poziomy dostępu do menu użytkownika: pacjenta (ograniczony) i kliniczny (pełny) | Tak, opisać |  |
| 20 | Możliwość monitorowania parametrów wentylacji w formie wartości cyfrowej, krzywych oddechowych oraz trendów. | Tak, opisać |  |
| 21 | Krzywe oddechowe ciśnienie/czas i przepływ/czas wyświetlane na ekranie w czasie rzeczywistym | Tak, opisać |  |
| 22 | **Zasilanie respiratora** |  |  |
| 23 | Własne zintegrowane źródło powietrza zapewniające ciągłe zasilanie respiratora w powietrze zarówno przy zasilaniu sieciowym jak i akumulatorowym | Tak, opisać |  |
| 24 | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce | Tak, opisać |  |
| 25 | Zintegrowany litowo-jonowy akumulator wewnętrzny umożliwiający pracę respiratora przy w pełni naładowanej baterii przez co najmniej 8 godzin, wskaźnik naładowania baterii na ekranie respiratora | Tak, opisać |  |
| 26 | Możliwość rozbudowy o zewnętrzne baterie do czasu zasilania min. 24 godziny | Tak, opisać |  |
| 27 | **Monitorowanie** |  |  |
| 28 | Krzywe: ciśnienie i przepływ w czasie rzeczywistym | Tak, opisać |  |
| 29 | Ekran z wyświetlanymi wartościami wentylacji przedstawionych w formie cyfrowej | Tak, opisać |  |
| 30 | Graficzny wskaźnik ciśnienia aktualnego, PEEP/EPAP, średniego | Tak, opisać |  |
| 31 | Dostępny ekran z podglądem aktywnych alarmów | Tak, opisać |  |
| 32 | Szczegółowe dane dotyczące pracy aparatu i wentylacji w ciągu ostatnich 7 dni dostępne na ekranie aparatu i do pobrania przy użyciu PC z zainstalowanym dedykowanym oprogramowaniem | Tak, opisać |  |
| 33 | Dane sumaryczne dotyczące pracy aparatu i wentylacji za ostanie 365 dni dostępne na ekranie aparatu i do pobrania przy użyciu PC zainstalowanym dedykowanym nieodpłatnym oprogramowaniem | Tak, opisać |  |
| 34 | **Tryb wentylacji** |  |  |
| 35 | Wentylacja wspomagana oraz kontrolowana | Tak, opisać |  |
| 36 | SIMV synchronizowana przerywana wentylacja dostępna z docelowymi ustawieniami ciśnienia P-SIMV oraz objętości V-SIMV | Tak, opisać |  |
| 37 | Wentylacja spontaniczna | Tak, opisać |  |
| 38 | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP | Tak, opisać |  |
| 39 | Wentylacja przy bezdechu - zabezpieczająca minimalna częstość oddechowa | Tak, opisać |  |
| 40 | Tryb pracy respiratora ustawiany w oparciu o docelową wentylację pęcherzykową z automatyczną regulacją częstotliwości oddechów | Tak, opisać |  |
| 41 | **Rodzaj oddechu wymuszonego** |  |  |
| 42 | Oddech kontrolowany objętością  | Tak, opisać |  |
| 43 | Oddech kontrolowany ciśnieniem  | Tak, opisać |  |
| 44 | Oddech kontrolowany ciśnieniem z funkcją zapewnienia bezpiecznej objętości VT | Tak, opisać |  |
| 45 | **Rodzaj oddechu spontanicznego** |  |  |
| 46 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem | Tak, opisać |  |
| 47 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem z automatycznym przełączeniem na oddech kontrolowany w przypadku bezdechu | Tak, opisać |  |
| 48 | Oddech wspomagany ciśnieniem z funkcją zapewnienia bezpiecznej objętości VT | Tak, opisać |  |
| 49 | CPAP ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych | Tak, opisać |  |
| 50 | **Parametry regulowane** | Tak, opisać |  |
| 51 | Częstość oddechów w zakresie nie mniejszym niż od wył. do 80 na minutę | Tak, opisać |  |
| 52 | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 50 do 2500 ml  | Tak, opisać |  |
| 53 | Docelowa objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 50 do 2500 ml | Tak, opisać |  |
| 54 | Regulowany czas wdechu w zakresie min. 0,2 do 5 sekund  | Tak, opisać |  |
| 55 | Szczytowe ciśnienie wdechowe w zakresie nie mniejszym niż od 2 do 50 cmH2O | Tak, opisać |  |
| 56 | Regulowane ciśnienie końcowo-wydechowe PEEP/EPAP 0-25 cmH2O | Tak, opisać |  |
| 57 | Ciśnienie wspomagania w zakresie nie mniejszym niż od 2 do 50 cmH2O | Tak, opisać |  |
| 58 | Regulacja CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 3 do 20 cmH2O | Tak, opisać |  |
| 59 | Trigger wdechowy przepływowy i ciśnieniowy posiadający nie mniej niż 5 poziomów regulacji oraz funkcję wyłączenia | Tak, opisać |  |
| 60 | **Inne funkcje wentylacji** | Tak, opisać |  |
| 61 | Automatyczny algorytm kompensujący zmienne przecieki | Tak, opisać |  |
| 62 | Regulacja narastania ciśnienia w zakresie od Min do 900 ms | Tak, opisać |  |
| 63 | Regulacja procentowego kryterium przełączania na fazę wydechową w zakresie nie mniejszym niż od (-) 5 do (-) 90% przepływu szczytowego | Tak, opisać |  |
| 64 | Możliwość ustawiania „okna czasowego” trigger’a wdechowego tj. min. 0,3 sekundy | Tak, opisać |  |
| 65 | **Pomiary parametrów wentylacji** | Tak, opisać |  |
| 66 | Pomiar ciśnienia szczytowego wyświetlany cyfrowo | Tak, opisać |  |
| 67 | Pomiar w % oddechów inicjowanych i kończonych przez pacjenta | Tak, opisać |  |
| 68 | Pomiar rzeczywistej wydechowej objętości pojedynczego oddechu | Tak, opisać |  |
| 69 | Pomiar stosunku I/E | Tak, opisać |  |
| 70 | Pomiar przecieków niezamierzonych | Tak, opisać |  |
| 71 | Indeks dyszenia RSBI (f/Vt) | Tak, opisać |  |
| 72 | Możliwość pomiaru stężenia wdechowego tlenu, pomiar wyświetlany na ekranie respiratora, przy użyciu czujnika zintegrowanego w urzadzeniu | Tak, opisać |  |
| 73 | **Alarmy** | Tak, opisać |  |
| 74 | Hierarchia alarmów w zależności od ważności, min. 3 priorytetach (wysoki, średni i niski) | Tak, opisać |  |
| 75 | Alarm zaniku zasilania sieciowego | Tak, opisać |  |
| 76 | Alarm niskiego poziomu naładowania akumulatora | Tak, opisać |  |
| 77 | Alarm krytyczny poziom naładowania akumulatora wewnętrznego | Tak, opisać |  |
| 78 | Alarm wysokiej i niskiej minutowej objętości oddechowej | Tak, opisać |  |
| 79 | Alarm wysokiej objętości oddechowej | Tak, opisać |  |
| 80 | Alarm niskiej objętości oddechowej | Tak, opisać |  |
| 81 | Alarm wysokiego ciśnienia wdechowego i/lub niedrożności | Tak, opisać |  |
| 82 | Alarm niskiego ciśnienia wdechowego | Tak, opisać |  |
| 83 | Alarm wysokiej częstości oddechów | Tak, opisać |  |
| 84 | Alarm wysokiej nieszczelności  | Tak, opisać |  |
| 85 | Alarm niskiego i wysokiego PEEP | Tak, opisać |  |
| 86 | Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu | Tak, opisać |  |
| 87 | Alarm rozłączenia układu z regulacją tolerancji w zakresie 5% - 95% | Tak, opisać |  |
| 88 | Alarm bezdechu z możliwością regulacji czasu reakcji | Tak, opisać |  |
| 89 | Alarm bezdechu z możliwością wyboru: tylko alarm lub alarm z wentylacją bezdechu | Tak, opisać |  |
| 90 | Alarm bezdechu z możliwością wyboru: bezdech pacjenta lub każdy bezdech | Tak, opisać |  |
| 91 | Alarm braku przejścia testu | Tak, opisać |  |
| 92 | Alarm niewłaściwej konfiguracji urządzenia (nieprawidłowa maska, adapter, obwód) | Tak, opisać |  |
| 93 | Możliwość wyciszenia alarmów na 2 minuty | Tak, opisać |  |
| 94 | Możliwość przeglądania zapamiętanych alarmów na ekranie respiratora z minimum ostatnich 3 dni | Tak, opisać |  |
| 95 | **Inne pożądane funkcje i wymagane wyposażenie dodatkowe** | Tak, opisać |  |
| 96 | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | Tak, opisać |  |
| 97 | Możliwość pracy z układem wdechowym przeciekowym „Leakagevalve” | Tak, opisać |  |
| 98 | Możliwość pracy z układem wdechowym jednoramiennym z zaworem wydechowym | Tak, opisać |  |
| 99 | Torba transportowa do każdego respiratora | Tak, opisać |  |
| 100 | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.  | Tak, opisać |  |
| 101 | Respirator oprogramowany po polsku | Tak, opisać |  |
| 102 | Instrukcjami obsługi dla pacjenta oraz osobną dla personelu medycznego w języku polskim  | Tak, opisać |  |
| 103 | Serwis turbiny respiratora nie częściej niż 35 000 godzin pracy turbiny | Tak, opisać |  |
| 104 | Głośność pracy respiratora - max. 35dB | Tak, opisać |  |
| 105 | Nieodpłatne oprogramowanie do analizy danych w komputerze  | Tak, opisać |  |
| **106** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 107 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 108 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 109 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 110 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 111 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 112 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 113 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 114 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 115 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 116 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 117 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 118 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 **( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)**

**Pozycja 2 -** ssaki medyczne akumulatorowo- sieciowe szt. 6

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019 | Tak, opisać |  |
| 2 | Ssak akumulatorowo – sieciowy, przenośny | Tak, opisać |  |
| 3 | pojemnik wielorazowego użytku do sterylizacji w autoklawie w temp do 134 stop. C. z zakręcaną pokrywą o pojemności 1- 2 litry +/-5**,** z dołączoną ładowarka samochodową oraz sieciową. | Tak, opisać |  |
| 4 | Wydajność ssania: 34l/min i powyżej | Tak, opisać |  |
| 5 | siła ssania: 0-0,80 bar, z możliwością wyboru siły ssania, z akumulatorem, | Tak, opisać |  |
| 6 | żywotność akumulatora min 500 cykli ładowania( potwierdzone) | Tak, opisać |  |
| 7 | Czas ładowania do 100% -4 godziny +/-5%. | Tak, opisać |  |
| 8 | Nadającym się do transportu, z torbą transportową | Tak, opisać |  |
| 9 | głośność max do 64-70 dB | Tak, opisać |  |
| 10 | zawór przeciwprzelewowy | Tak, opisać |  |
| 11 | W zestawie dodatkowo dwa pojemniki oraz 2 komplety drenów oraz 10 filtrów do każdego ssaka | Tak, opisać |  |
| 12 | możliwość monitorowania stanu zużycia baterii. | Tak, opisać |  |
| 13. | Akumulator litowo-jonowy  | Tak, opisać |  |
| 14. | Czas pracy na akumulatorze w najwyższym stopniu ssania min do 60 min +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 15 | Potrójne zabezpiecznie przed zalaniem/zawilgoceniem silnika tj. filtr antybakteryjny-hydrofobowy, zawór antyprzelewowy oraz dodatkowy filtr chroniący silnik ssaka niewymagający okresowej wymiany | Tak, opisać |  |
| 16. | Instrukcja w języku polskim  | Tak, opisać |  |
| 17 | W zestawie dedykowana torba transportowa do ssaka i akcesoriów | Tak, opisać |  |
| **18** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 19 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 21 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 22 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 23 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 24 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 25 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 26 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 27 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 28 | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| 29 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 30 | Szkolenie pracowników | Tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 **( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)**

**Pozycja 3 -** koncentrator tlenu przenośny szt. 5

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  |
| 1 | **Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019** |  |  |
| 2 | Do prowadzenia tlenoterapii w warunkach domowych i szpitalnych | Tak, opisać |  |
| 3 | Przystosowany do pracy ciągłej |  |  |
| 4 | przepływ tlenu od 0,5 – 5 l/min, | Tak, opisać |  |
| 5 | Głośność max 43 dB +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 6 | Koncentracja tlenu 90-96% | Tak, opisać |  |
| 7 | Wskaźnik poziomu stężenia tlenu  | Tak, opisać |  |
| 8 | Wizualny i dźwiękowy alarm niskiego stężenia tlenu  | Tak, opisać |  |
| 9 | Dźwiękowy alarm braku zasilania, niskiego i wysokiego ciśnienia | Tak, opisać |  |
| 10 | Waga max do 24 kg +/- 5% | Tak, opisać |  |
| 11 | Wyposażony w czujnik zawartości tlenu, alarm braku przepływu tlenu, alarm niskiej zawartości tlenu czy alarm braku zasilania). |  |  |
| 12 | Czas pracy kompresora do min 25 000,00 godzin. | Tak, opisać |  |
| 13 | Zasilanie sieciowe. | Tak, opisać |  |
| 14 | Wyposażenie: Po 2 komplety ( nawilżacz, filtr wewnętrzny i zewnętrzny) do każdego koncentratora tlenu | Tak, opisać |  |
| **15** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 16 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 18 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 19 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 20 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 21 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 22 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 23 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 24 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 25 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 26 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 27 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 **( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)**

**Pozycja 4 -** materace przeciwodleżynowe szt. 5

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  |
|  | **Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019** |  |  |
| 1 | Materac o wysokości nie niższej niż 23 cm.,  | Tak, opisać |  |
| 2 | Materac prostokomorowy,  | Tak, opisać |  |
| 3 | Możliwość wymiany komór | Tak, opisać |  |
| 4 | Materac z pompą przeznaczoną do leczenia wszystkich odleżyn od I do V stopnia oraz poduszka siedzeniową. | Tak, opisać |  |
| 5 | Wykonany z poliuretanu do bezpośredniego ułożenia na ramie łóżka | Tak, opisać |  |
| 6 | Wymiary: 90x200 cm. Z 20 komorami. | Tak, opisać |  |
| 7 | Przeznaczony dla pacjentów o wadze nie mniejszej niż 180 kg | Tak, opisać |  |
| 8 | Ciśnienie od 10 mmHg do 100 mmHg | Tak, opisać |  |
| 9 | liczba komór głównych materaca nie mniej niż 2 | Tak, opisać |  |
| 10 | pasami stabilizującymi | Tak, opisać |  |
| 11 | zawór CPR, | Tak, opisać |  |
| 12 | zabezpieczenie antyrotacyjnym komór | Tak, opisać |  |
| 13 | tryb pracy ciągły ( zmienny lub statyczny) | Tak, opisać |  |
| 14 | uchwyty na kaczkę, basen. | Tak, opisać |  |
| 15 | Pompa : | Tak, opisać |  |
| 16 | * funkcja wyboru wartości ciśnienia w materacu w zakresie 10 - 46 mmHg(+/- 5%)
 | Tak, opisać |  |
| 17 | * funkcja wyboru czasu cyklu: 10, 15, 20, 25 minut
 | Tak, opisać |  |
| 18 | * wydajność 10 l/min.
 | Tak, opisać |  |
| 19 | * wieloletnie użytkowanie,
 | Tak, opisać |  |
| 20 | sterowanie mikroprocesorowe | Tak, opisać |  |
| 21 | * tryb serwisowy
 | Tak, opisać |  |
| 22 | * automatyczna kontrola bezpiecznego poziomu wartości ciśnienia z funkcją autokorekty
 | Tak, opisać |  |
| 23 | * tryb maksymalnego wypełnienia (55 mmHg) z funkcją auto-powrotu do pierwotnych ustawień
 | Tak, opisać |  |
| 24 | * wybór trybu statycznego
 | Tak, opisać |  |
| 25 | * funkcja bezpiecznego blokowania wprowadzonych na panelu sterowania parametrów
 | Tak, opisać |  |
| 26 | * alarm opuszczenia łóżka przez pacjenta
 | Tak, opisać |  |
| 27 | * mikroprocesorowy czujnik ciśnienia
 | Tak, opisać |  |
| 28 | * sygnalizacja dźwiękowa spadku ciśnienia
 | Tak, opisać |  |
| 29 | * wyłącznik alarmu spadku ciśnienia
 | Tak, opisać |  |
| 30 | * lampka kontrolna prawidłowego ciśnienia
 | Tak, opisać |  |
| 31 | * lampka kontrolna nieprawidłowego ciśnienia - alarm wizualny spadku ciśnienia
 | Tak, opisać |  |
| 32 | * zewnętrzny, kapsułowy, przeciwtłuszczowy filtr powietrza (opcjonalnie przeciwbakteryjny)
 | Tak, opisać |  |
| 33 | * dwustopniowa, filtracja powietrza,
 | Tak, opisać |  |
| 34 | * aktualizacja oprogramowania software'u (upgrade)
 | Tak, opisać |  |
| 35 | * system alarmów dźwiękowych i wizualnych zgodny z normą EN 60601-1-8 dotyczącą wymogów bezpieczeństwa systemów alarmowych w medycznych systemach elektrycznych lub równoważną
 | Tak, opisać |  |
| 36 | * dotykowy panel sterujący
 | Tak, opisać |  |
| 37 | diody kontrolne załączonych funkcji | Tak, opisać |  |
| 38 | gniazdo szybkozłączki dla przewodów powietrza | Tak, opisać |  |
| 39 | przeciwpyłowy filtr powietrza | Tak, opisać |  |
| 40 | zewnętrzny dostęp do wkładek topikowych (bezpieczników) | Tak, opisać |  |
| 41 | zaczepy do zawieszenia pompy na łóżku | Tak, opisać |  |
| 42 | podświetlany włącznik | Tak, opisać |  |
| 43 | wyciszone ssawy powietrza | Tak, opisać |  |
| 44 | zakres regulacji ciśnienia 10, 19, 28, 37, 46 mmHg ( +/- 5%) | Tak, opisać |  |
| **45** | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 46 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 47 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 48 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 49 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 50 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 51 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 52 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 53 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 54 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 55 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 56 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 57 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 **( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)**

**Pozycja 5 – Łóżka wielofunkcyjne z przechyłami bocznymi - 2 szt**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  |
| 1 | **Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2019** |  |  |
| 2 | Łóżko przeznaczone do intensywnej terapii, z ruchomymi segmentami oparcia pleców, ud i podudzi. | Tak, opisać |  |
| 3 | Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo, leże podparte w 4 pkt. stabilne. | Tak, opisać |  |
| 4 | Podstawa jezdna zabudowana pokrywą z tworzywa sztucznego. | Tak, opisać |  |
| 5 | Zewnętrzne wykończenie barierek bocznych oraz szczytów łóżka z tworzywa sztucznego łatwego do mycia i dezynfekcji, bez widocznych elementów metalowych. | Tak, opisać |  |
| 6 | Rama łóżka zaopatrzona w odbojniki w 4 narożach łóżka | Tak, opisać |  |
| 7 | Łóżko wyposażone w pozycjonery przewodów kroplówek, tlenu etc. | Tak, opisać |  |
| 8 | Łóżko wyposażone w pozycjonery bioder pacjenta do właściwego ułożenia pacjenta na powierzchni leża. Pozycjonery stanowią integralną część barierek. | Tak, opisać |  |
| 9 | Szczyty łóżka zdejmowane jednym ruchem | Tak, opisać |  |
| 10 | Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze - 295 kg+/- 5% | Tak, opisać |  |
| 11 | Zasilanie elektryczne 220-240 V;60 Hz/ 50 Hz | Tak, opisać |  |
| 12 | Długość zewnętrzna łóżka bez przedłużenia leża 223,5 cm (+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 13 | Długość zewnętrzna łóżka z przedłużeniem leża 248,9 cm(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 14 | Szerokość całkowita z podniesionymi barierkami bocznymi max.102,9 cm(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 15 | Szerokość całkowita z opuszczonymi barierkami bocznymi max. 102,9 cm(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 16 | Podstawa łóżka jezdna z centralną blokadą kół jazdy na wprost i wokół własnej osi. Łóżko wyposażone w alarm nie zaciągniętego hamulca centralnego | Tak, opisać |  |
| 17 | Centralny system blokowania wszystkich 4 kół jezdnych i sterowania kierunkiem jazdy obsługiwany z obu stron łóżka pojedynczą dźwignią nożną | Tak, opisać |  |
| 18 | Łóżko posiada elektryczny system wspomagający sterowanie uruchamiany lub zwalniany z pozycji pedału sterowania/hamowania | Tak, opisać |  |
| 19 | Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca 41,9 cm | Tak, opisać |  |
| 20 | Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca 90,6 cm | Tak, opisać |  |
| 21 | Łóżko wyposażone w pojedyncze antystatyczne bez widocznej osi obrotu łatwe do dezynfekcji koła o średnicy 15 cm +/- 2%) | Tak, opisać |  |
| 22 | Wysokość barierek bez materaca 43,2 cm(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 23 | Barierki boczne podwójne, dzielone, poruszające się wraz z segmentami leża, składane niezależnie, zapewniające ochronę pacjenta przed zakleszczeniem, wyposażone w wizualne, wskaźniki kąta nachylenia segmentu oparcia z zaznaczeniem kąta 30° i 45°. (+/- 5%)Wskaźniki widoczne niezależnie od pozycji barierek. | Tak, opisać |  |
| 24 | Konstrukcja barierek bocznych umożliwiająca ich składanie przy użyciu jednej ręki. | Tak, opisać |  |
| 25 | Elektryczna regulacja wysokości leża, oparcia pleców, zgięcia kolanowego, pozycji Trendelenburga i antyTrendelenburga oraz elektryczna regulacja długości segmentu nożnego. | Tak, opisać |  |
| 26 | Regulacja segmentu oparcia pleców w zakresie 0-77°(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 27 | Funkcja autokonturu segmentu uda  | Tak, opisać |  |
| 28 | Regulacja segmentu ud (zgięcia kolanowego) w zakresie 0-30°(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 29 | Pozycja Trendelenburg regulowana w zakresie 0° - 13°(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 30 | Pozycja antyTrendelenburg regulowana w zakresie 0° - 18°(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 31 | Maksymalny przechył leża do pionizacji 0-18°(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 32 | Funkcja pozycji reanimacyjnej CPR dostępna z dźwigni nożnej ( bez konieczności użycia rąk) | Tak, opisać |  |
| 33 | Pedał nożny wykorzystywany do podnoszenia i opuszczania łóżka z blokadą przypadkowego użycia | Tak, opisać |  |
| 34 | Funkcja pozycji reanimacyjnej CPR realizowana niezależnie od ustawień poszczególnych segmentów, uzyskiwana po jednorazowym naciśnięciu dźwigni nożnej, polegająca na jednoczesnym opuszczeniu segmentu oparcia, podniesieniu segmentu nożnego oraz natychmiastowym utwardzeniu komór materaca | Tak, opisać |  |
| 35 | Elektrycznie regulowana pozycja fotela. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów, włączając pozycję anty-Trendelenburga (przejście kołyskowe ograniczające zsuwanie się pacjenta w dół łóżka) przekształcających pozycję łóżka do pozycji siedzącej z opuszczonymi nogami. Pozycja uzyskiwana za pomocą jednego przycisku. | Tak, opisać |  |
| 36 | Elektrycznie regulowana pozycja wyjściowa, od szczytu dolnego. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów, włączając pozycję anty-Trendelenburga (przejście kołyskowe ograniczające zsuwanie się pacjenta w dół łóżka), przekształcających pozycję łóżka do pozycji siedzącej z opuszczonymi nogami. Leże schodzi do najniższej pozycji, umożliwiając pacjentowi wyjście z łóżka od strony dolnego szczytu.Pozycja uzyskiwana za pomocą jednego przycisku. | Tak, opisać |  |
| 37 | Elektrycznie regulowana pozycja horyzontalna – pozioma. Łóżko rozpoczyna serię skoordynowanych ruchów poziomujących segmenty leża z dowolnego ustawienia łóżka. Pozycja uzyskiwana za pomocą jednego przycisku. | Tak, opisać |  |
| 38 | Zaawansowana funkcja autoregresji segmentu oparcia gdzie oprócz ruchu wstecznego następuje wydłużenie segmentu oparcia wraz materacem w celu ograniczenia do minimum migracji pacjenta na powierzchni materaca. Funkcja naśladuje naturalne rozciąganie kręgosłupa podczas zmiany pozycji z wyprostowanej do siedzącej. | Tak, opisać |  |
| 39 | 2 panele sterowania (zewnętrzne) dla personelu medycznego wbudowane w barierki boczne, z przyciskami membranowymi, obsługującymi wszystkie funkcje elektryczne łóżka. Lokalizacja paneli pozwala na pozostanie pacjenta w zasięgu ręki personelu w trakcie manipulacji łóżkiem. | Tak, opisać |  |
| 40 | 2 panele sterowania (wewnętrzne) dla pacjenta, wbudowane w barierki boczne, z przyciskami membranowymi, do obsługi segmentu oparcia i zgięcia kolanowego. | Tak, opisać |  |
| 41 | Obustronne, wbudowane w barierki boczne panele do obsługi wszystkich funkcji elektrycznych materaca. | Tak, opisać |  |
| 42 | Selektywne blokowanie funkcji sterowanych elektrycznie na panelu centralnym | Tak, opisać |  |
| 43 | Panel sterowania na przewodzie elektrycznym | Tak, opisać |  |
| 44 | Łóżko wyposażone w układ ważenia pacjenta III klasy zgodnie z normą PN-EN 45501 lub równoważną | Tak, opisać |  |
| 45 | Zakres pomiaru wagi do 227 kg(+/- 5%) | Tak, opisać |  |
| 46 | Łóżko wyposażone w możliwość obliczenia wskaźnika BMI | Tak, opisać |  |
| 47 | Układ ważenia pacjenta z funkcją śledzenia zmian masy ciała – łóżko tworzy statystykę zmian wagi. | Tak, opisać |  |
| 48 | Łóżko wyposażone w możliwość włączenia alarmu opuszczenia łóżka przez pacjenta w 3 trybach:- pacjent zaczyna się poruszać na leżu- pacjent zbliża się do barierki i próbuje wyjść- pacjent znajduje się poza łóżkiem | Tak, opisać |  |
| 49 | Funkcja dodawania lub odejmowania masy urządzeń lub rzeczy umieszczonych dodatkowo na łóżku, bez zmiany właściwej masy ciała pacjenta | Tak, opisać |  |
| 50 | Łóżko z możliwością aktywowania alarmu opuszczenia segmentu oparcia poniżej kąta 30° lub 45°.Możliwość uzyskania statystyki czasu nachylenia segmentu oparcia | Tak, opisać |  |
| 51 | Zasilanie awaryjne z diodowym indykatorem poziomu naładowania baterii | Tak, opisać |  |
| 52 | Wskaźniki wizualne informujące o:- braku zasilania,- poziomie naładowania akumulatora,- konieczności wykonania czynności serwisowych,- niezaciągniętym hamulcu,- konieczności usunięcia podnóżka podczas uzyskiwania pozycji fotela do wstawania. | Tak, opisać |  |
| 53 | Zintegrowany z ramą łóżka przeciwodleżynowy, powietrzny materac terapeutyczny. Pokrowiec materaca wodoszczelny ze zgrzewanymi krawędziami, paro przepuszczalny. | Tak, opisać |  |
| 54 | Materac wyposażony w system kontroli ciśnienia gwarantujący rozkład optymalnego niskiego ciśnienia w komorach. | Tak, opisać |  |
| 55 | Materac wyposażony w funkcję natychmiastowego utwardzania powierzchni, ułatwiającą codzienną opiekę nad pacjentem, dostępną z jednego przycisku. Samoczynny powrót do pracy w trybie terapeutycznym po upływie 60 minut od aktywowania maksymalnego napompowania. | Tak, opisać |  |
| 56 | Materac z funkcją programowanej ciągłej rotacji bocznej pacjenta. | Tak, opisać |  |
| 57 | Materac z funkcją programowanego oklepywania i wibracji | Tak, opisać |  |
| 58 | Możliwość obniżenia ciśnienia w części siedziska. | Tak, opisać |  |
| 59 | Możliwość ustawienia funkcji wspomagania obrotu pacjenta. | Tak, opisać |  |
| 60 | Segment oparcia przezierny dla promieni RTG. Zintegrowana z materacem kieszeń na kasetę RTG. | Tak, opisać |  |
| 61 | System pozwalający odprowadzić nadmiar ciepła i wilgoci spod pacjenta, działający na styku powierzchni materaca ze skórą pacjenta, ogranicza macerację skóry | Tak, opisać |  |
| 62 | Wyposażenie łóżka:Statyw infuzyjny z możliwością usunięcia 2 haki,6 uchwytów na worki drenażowe.8 uchwytów do zamontowania pasów unieruchamiających pacjenta.4 gniazda na statywy infuzyjne.Składane uchwyty transportowe do łatwiejszego prowadzenia łóżka. | Tak, opisać |  |
| 63 | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 64 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 65 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 66 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 67 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak |  |
| 68 | Wykaz punktów serwisowych. | Tak, podać gdzie |  |
| 69 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 70 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 71 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 72 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 73 | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 74 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 75 | Szkolenie pracowników | tak |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ( poza materiałami eksploatacyjnymi)

 ………………………………………….

 **( podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)**