

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
DOSTAWA APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO NA POTRZEBY ZAMAWIAJĄCEGO

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 1 poz. 1

Przedmiot zamówienia: dostawa i montaż wanny do masażu wirowego kończyn górnych - 1 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Wanna do masażu wirowego kończyn górnych	Tak	
2	Przeznaczona do masażu okolic dłoni, przedramion i stawów łokciowych	Tak	
3	Konstrukcja wanny zapewniająca łatwy dostęp pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich	Tak	
4	Wyposażenie: - min. 10 dysz o regulowanym kierunku wypływu strumienia wody - system biernej kąpieli perełkowej z regulacją intensywności masażu - prysznic ręczny - półautomatyczny spust wody - krzesło z regulacją wysokości	Tak, podać	
5	Elektroniczny, dotykowy panel sterujący o przekątnej min. 3.5" umożliwiający: - włączenie-wyłączenie urządzenia - napełnianie wody do żądanego poziomu - ustawienie czasu zabiegu - zabezpieczenie przed pracą na sucho - automatyczne wyłączenie urządzenia po skończeniu czasu zabiegu	Tak, podać	
6	Bezwyłewkowy system napełniania ciepłą-zimną wodą	Tak	
7	Pompa z tworzywa, zasilanie sieciowe 230 V/50Hz	Tak	
8	Zasysanie sitkiem filtrującym	Tak	
9	Wlew i odpływ wody – dwa oddzielne systemy	Tak	
10	Pojemność wirówki 36 litrów (+/- 5%)	Tak, podać	
11	Wymiary: - długość: 950 mm (+/- 20 mm) - szerokość: 1100mm (+/- 20 mm) - wysokość: 1070 mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
12	Wanna wykonana z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym	Tak	
13	Możliwość wyboru kolorystyki wanny do wyboru przez Zamawiającego, min. 8 kolorów	Tak, podać	
	Warunki gwarancji i inne		

14	Wanna fabrycznie nowa, nie będąca uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
15	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
16	Gwarancja min. 36 miesięcy	Tak, podać	
17	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
18	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
19	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
20	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
21	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
22	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego	Tak	
23	Przy wysyłce wanny do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
24	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia , bezpłatne	Tak	
25	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
26	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
27	Przy dostawie wanny dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
28	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 1 poz. 2

Przedmiot zamówienia: dostawa i montaż wanny do masażu wirowego kończyn górnych - 1 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Wanna do masażu wirowego kończyn górnych	Tak	
2	Przeznaczona do masażu okolic dłoni, przedramion i stawów łokciowych	Tak	
3	Konstrukcja wanny zapewniająca łatwy dostęp pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich	Tak	
4	Wypożyczenie: - min. 4 dysz o regulowanym kierunku wypływu strumienia wody - system biernej kąpieli perełkowej z regulacją intensywności masażu - prysznic ręczny - krzesło z regulacją wysokości	Tak, podać	
5	Półautomatyczny spust wody	Tak	
6	Elektroniczny, dotykowy panel sterujący o przekątnej min. 3.5" umożliwiający: - włączenie-wyłączenie urządzenia - napełnianie wody do żądanego poziomu - ustawienie czasu zabiegu - zabezpieczenie przed pracą na sucho - automatyczne wyłączenie urządzenia po skończeniu czasu zabiegu	Tak, podać	
7	Pompa z tworzywa, zasilanie sieciowe 230 V/50Hz	Tak	
8	Zasysanie sitkiem filtrującym	Tak	
9	Wlew i odpływ wody – dwa oddzielne systemy	Tak	
10	Pojemność wirówki 20 litrów (+/- 5%)	Tak, podać	
11	Wymiary: - długość: 770 mm (+/- 20 mm) - szerokość: 790 mm (+/- 20 mm) - wysokość: 930 mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
12	Wanna wykonana z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym	Tak	
13	Możliwość wyboru kolorystyki wanny do wyboru przez Zamawiającego, min. 8 kolorów	Tak, podać	

	Warunki gwarancji i inne		
14	Wanna fabrycznie nowa, nie będąca uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
15	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
16	Gwarancja min. 36 miesięcy	Tak, podać	
17	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
18	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
19	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
20	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
21	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
22	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego	Tak	
23	Przy wysyłce wanny do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
24	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia , bezpłatne	Tak	
25	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
26	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
27	Przy dostawie wanny dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
28	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 1 poz. 3

Przedmiot zamówienia: dostawa i montaż wanny do masażu wirowego kończyn dolnych lub górnych - 1 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Wanna do masażu wirowego kończyn górnych lub dolnych	Tak	
2	Pojemność wanny 135 litrów (+/- 5%)	Tak, podać	
3	Wymiary: - długość: 1080 mm (+/- 20 mm) - szerokość: 580 mm (+/- 20 mm) - wysokość: 780 mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
4	Dwa poziomy napełnienia wody 75/135 litrów (+/- 5%)	Tak	
5	Wanna ze sterowaniem elektronicznym	Tak	
6	Dotykowy panel sterowania min. 3,5" - włączenie-wyłączenie urządzenia - automatyczny system napełniania z elektronicznym termometrem - ustawienie poziomu napełnienia - timer z automatycznym wyłączaniem zabiegów - zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho bez wody	Tak, podać	
7	Półautomatyczny spust wody z misy	Tak	
8	Masaż podwodny min. 4 dysz z regulacją kierunku wypływu strumienia	Tak	
9	Bierny masaż perełkowy z regulacją intensywności	Tak	
10	Wybór sekcji dysz z panelu	Tak	
10	Prysznic ręczny	Tak	
11	Krzesło do wanny - 1 szt.	Tak	
12	System zabezpieczający przed przelaniem wanny	Tak	
13	Wlew i odpływ wody – dwa oddzielne systemy	Tak	
14	Korpus i obudowa wanny wykonane są z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym., konstrukcja samonośna bez stojaka metalowego	Tak	
15	Możliwość wyboru kolorystyki wanny do wyboru przez Zamawiającego, min. 8 kolorów	Tak, podać	

16	Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz	Tak	
	Warunki gwarancji i inne		
17	Wanna fabrycznie nowa, nie będąca uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
18	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
19	Gwarancja min. 36 miesięcy	Tak, podać	
20	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
21	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
22	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
23	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
24	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
25	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego	Tak	
26	Przy wysyłce wanny do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
27	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne	Tak	
28	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
29	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
30	Przy dostawie wanny dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
31	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 1 poz. 4

Przedmiot zamówienia: dostawa i montaż wanny do masażu wirowego kończyn dolnych oraz odcinka lędźwiowego kręgosłupa - 1 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Wanna do masażu wirowego kończyn dolnych i kręgosłupa lędźwiowego	Tak	
2	Pojemność wanny litrów 210(+/- 5%)	Tak, podać	
3	Dwa poziomy napełnienia wody 80 litrów (+/- 5%), 210 litrów (+/- 5%)	Tak, podać	
4	Wymiary: - długość: 1440 mm (+/- 20 mm) - szerokość: 720 mm (+/- 20 mm) - wysokość: 980 mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
5	Wanna ze sterowaniem elektronicznym	Tak	
6	Dotykowy panel sterowania min. 3,5" - włączenie-wyłączenie urządzenia - napełnianie wody do żądanego poziomu - zabezpieczenie przed pracą na sucho - ustawienie czasu zabiegu - automatyczne wyłączenie urządzenia po skończeniu czasu zabiegu - elektrozawory regulujące poziom napełniania	Tak, podać	
7	Odpływ półautomatyczny	Tak	
8	Masaż podwodny min. 12 dysz w trzech niezależnych sekcjach z regulacją kierunku wypływu strumienia	Tak	
9	Możliwość kombinowanej pracy sekcji, min. 7 kombinacji	Tak	
10	Automatyczny system napełniania ciepła-zimna woda	Tak	
11	Bierny masaż perlełkowy z regulacją intensywności	Tak	
12	Wybór sekcji dysz z panelu	Tak	
13	Prysznic ręczny	Tak	
14	Stopień ułatwiający wychodzenie do wanny	Tak	
15	Regulowana wysokość nóg	Tak	
16	System zabezpieczający przed przelaniem wanny	Tak	

17	Zasysanie sitkiem filtrującym	Tak	
18	Wlew i odpływ wody – dwa oddzielne systemy	Tak	
19	Korpus i obudowa wanny wykonane są z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym	Tak	
20	Możliwość wyboru kolorystyki wanny do wyboru przez Zamawiającego, min. 8 kolorów	Tak, podać	
21	Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz	Tak	
Warunki gwarancji i inne			
22	Wanna fabrycznie nowa, nie będąca uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
23	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
24	Gwarancja min. 36 miesięcy	Tak, podać	
25	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
26	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
27	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
28	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
29	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
30	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego	Tak	
31	Przy wysyłce wanny do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
32	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne	Tak	
33	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
34	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
35	Przy dostawie wanny dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
36	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 1 poz. 5

Przedmiot zamówienia: dostawa i montaż wanny do masażu wirowego kończyn dolnych - 1 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Wanna do masażu wirowego kończyn dolnych	Tak	
2	Przeznaczona do masażu stóp i podudzia	Tak	
3	Pojemność wirówki litrów 57(+/- 5%)	Tak, podać	
4	Wymiary: - długość: 890 mm (+/- 20 mm) - szerokość: 880 mm (+/- 20 mm) - wysokość: 750 mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
5	Wanna ze sterowaniem elektronicznym	Tak	
6	Dotykowy panel sterowania min. 3,5" - włączenie urządzenia - napełnianie wody do żadanego poziomu - ustawienie czasu zabiegu - zabezpieczenie przed pracą na sucho - automatyczne wyłączenie urządzenia po skończeniu czasu zabiegu	Tak, podać	
7	Półautomatyczny spust wody z misy	Tak	
8	Masaż podwodny min. 6 dysz z regulacją kierunku wypływu strumienia	Tak	
9	Bierny masaż perełkowy z regulacją intensywności	Tak	
10	Prysznic ręczny	Tak	
11	Krzesło z regulacją wysokości - 1 szt.	Tak	
12	System zabezpieczający przed przelaniem wanny	Tak	
13	Korpus i obudowa wanny wykonane są z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym	Tak	
14	Możliwość wyboru kolorystyki wanny do wyboru przez Zamawiającego, min. 8 kolorów	Tak, podać	
15	Zasysanie sitkiem filtrującym	Tak	
16	Wlew i odpływ wody – dwa oddzielne systemy	Tak	
17	Pompa z tworzywa, zasilanie sieciowe 230 V/50Hz	Tak	

	Warunki gwarancji i inne		
18	Wanna fabrycznie nowa, nie będąca uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
19	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
20	Gwarancja min. 36 miesięcy	Tak, podać	
21	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
22	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
23	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
24	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
25	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
26	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego	Tak	
27	Przy wysyłce wanna do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
28	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne	Tak	
30	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
31	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
32	Przy dostawie wanny dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
33	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

_____ dnia _____._____._____. r.
(miejscowość i data)

Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania
DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 2 poz. 1

Przedmiot zamówienia: dostawa aparatu do laseroterapii biostymulacyjnej z sondą IR - 1 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej z sondą IR	Tak	
2	Kolorowy ekran dotykowy min. 5"	Tak, podać	
3	Baza wbudowanych programów zabiegowych - encyklopedia z opisem metodyki zabiegów	Tak	
4	Możliwość tworzenia programów użytkownika	Tak	
5	Możliwość tworzenia listy programów ulubionych	Tak	
6	Statystyki przeprowadzanych zabiegów	Tak	
7	Możliwość podłączenia akumulatora - opcja	Tak	
8	Współpraca z aplikatorami: skanującym, prysznicowym i sondami punktowymi	Tak	
9	Tryby emisji: ciągły i impulsowy	Tak	
10	Regulacja mocy promieniowania laserowego	Tak	
11	Regulacja wypełnienia	Tak	
12	Automatyczny test mocy promieniowania laserowego	Tak	
13	Automatyczne przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych	Tak	
14	Trzy tryby naświetlania pola zabiegowego w aplikatorach skanujących	Tak	
15	Częstotliwość trybu impulsowego dla aplikatorów punktowych co najmniej 1 – 5000 Hz	Tak, podać	
16	Wypełnienie w trybie impulsowym 10 – 90 %, impuls 50 us	Tak	
17	Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz	Tak	
18	W zestawie: - punktowy aplikator laserowy IR 400 mW, 808 nm – 1 szt. - okulary ochronne dla pacjenta min. - 1 szt. - okulary ochronne terapeuty min. - 1 szt. - etykiety ostrzegawcze - rysik do ekranu – 1 szt.	Tak, podać	

	- zasilacz impulsowy z kablem zasilający – 1 szt. - torba mieszcząca aparat wraz z wyposażeniem – 1 szt. - wtyk blokady drzwi DOOR – 1 szt. - uchwyt do sondy punktowej – 1 szt.		
	Warunki gwarancji i inne		
19	Aparat fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
20	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
21	Gwarancja min. 24 miesięcy	Tak, podać	
22	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
23	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
24	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
25	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
26	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
27	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego	Tak	
28	Przy wysyłce aparatu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
29	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia , bezpłatne	Tak	
30	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
31	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
32	Przy dostawie aparatu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
33	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 2 poz. 2

Przedmiot zamówienia: dostawa aparatu do laseroterapii biostymulacyjnej z sondą R - 1 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej z sondą R	Tak	
2	Kolorowy ekran dotykowy min. 5"	Tak, podać	
3	Baza wbudowanych programów zabiegowych - encyklopedia z opisem metodyki zabiegów	Tak	
4	Możliwość tworzenia programów użytkownika	Tak	
5	Możliwość tworzenia listy programów ulubionych	Tak	
6	Statystyki przeprowadzanych zabiegów	Tak	
7	Możliwość podłączenia akumulatora - opcja	Tak	
8	Współpraca z aplikatorami: skanującym, prysznicowym i sondami punktowymi	Tak	
9	Tryby emisji: ciągły i impulsowy	Tak	
10	Regulacja mocy promieniowania laserowego	Tak	
11	Regulacja wypełnienia	Tak	
12	Automatyczny test mocy promieniowania laserowego	Tak	
13	Automatyczne przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych	Tak	
14	Trzy tryby naświetlania pola zabiegowego w aplikatorach skanujących	Tak	
15	Częstotliwość trybu impulsowego dla aplikatorów punktowych co najmniej 1 – 5000 Hz	Tak, podać	
16	Wypełnienie w trybie impulsowym 10 – 90 %, impuls 50 us	Tak	
17	Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz	Tak	
18	W zestawie: - punktowy aplikator laserowy R 660 nm, 80 mW – 1 szt. - okulary ochronne dla pacjenta min. - 1 szt. - okulary ochronne terapeuty min. - 1 szt. - etykiety ostrzegawcze - rysik do ekranu – 1 szt.	Tak, podać	

	- zasilacz impulsowy z kablem zasilający – 1 szt. - torba mieszcząca aparat wraz z wyposażeniem – 1 szt. - wtyk blokady drzwi DOOR – 1 szt. - uchwyt do sondy punktowej – 1 szt.		
	Warunki gwarancji i inne		
19	Aparat fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
20	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
21	Gwarancja min. 24 miesięcy	Tak, podać	
22	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
23	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
24	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
25	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
26	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
27	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego	Tak	
28	Przy wysyłce aparatu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
29	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia , bezpłatne	Tak	
30	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
31	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
32	Przy dostawie aparatu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
33	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 2 poz. 3

Przedmiot zamówienia: dostawa aparatu do laseroterapii biostymulacyjnej z aplikatorem prysznicowym - 1 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej z aplikatorem prysznicowym	Tak	
2	Kolorowy ekran dotykowy min. 5"	Tak, podać	
3	Baza wbudowanych programów zabiegowych - encyklopedia z opisem metodyki zabiegów	Tak	
4	Możliwość tworzenia programów użytkownika	Tak	
5	Możliwość tworzenia listy programów ulubionych	Tak	
6	Statystyki przeprowadzanych zabiegów	Tak	
7	Możliwość podłączenia akumulatora - opcja	Tak	
8	Współpraca z aplikatorami: skanującym, prysznicowym i sondami punktowymi	Tak	
9	Tryby emisji: ciągły i impulsowy	Tak	
10	Regulacja mocy promieniowania laserowego	Tak	
11	Regulacja wypełnienia	Tak	
12	Automatyczny test mocy promieniowania laserowego	Tak	
13	Automatyczne przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych	Tak	
14	Trzy tryby naświetlania pola zabiegowego w aplikatorach skanujących	Tak	
15	Częstotliwość trybu impulsowego dla aplikatorów punktowych co najmniej 1 – 5000 Hz	Tak, podać	
16	Wypełnienie w trybie impulsowym 10 – 90 %, impuls 50 us	Tak	
17	Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz	Tak	
18	W zestawie: - aplikator prysznicowy IR+R o mocy 1800mW, 4x808 nm i 5x660 nm długość fali – 1 szt. - okulary ochronne dla pacjenta min. - 1 szt. - okulary ochronne terapeuty min. - 1 szt. - etykiety ostrzegawcze	Tak, podać	

	- rysik do ekranu – 1 szt. - zasilacz impulsowy z kablem zasilający – 1 szt. - torba mieszcząca aparat wraz z wyposażeniem – 1 szt. - wtyk blokady drzwi DOOR – 1 szt. - uchwyt do aplikatora prysznicowego – 1 szt. - statyw do aplikatora prysznicowego – 1 szt.		
	Warunki gwarancji i inne		
19	Aparat fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
20	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
21	Gwarancja min. 24 miesięcy	Tak, podać	
22	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
23	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
24	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
25	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
26	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
27	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego	Tak	
28	Przy wysyłce aparatu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
29	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne	Tak	
30	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
31	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
32	Przy dostawie aparatu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
33	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 2 poz. 4

Przedmiot zamówienia: dostawa aparatu do elektroterapii z wyposażeniem - 5 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Aparat do elektroterapii	Tak	
2	Kolorowy ekran dotykowy min. 5"	Tak, podać	
3	Tryb programowy i manualny	Tak	
4	Baza wbudowanych programów zabiegowych - encyklopedia z opisem metodyki zabiegów, min. 60	Tak, podać	
5	Baza wbudowanych sekwencji zabiegowych	Tak	
6	Programy wybierane po nazwie lub dziedzinie	Tak	
7	Możliwość tworzenia programów użytkownika	Tak	
8	Możliwość tworzenia sekwencji użytkowych	Tak	
9	Możliwość tworzenia listy programów ulubionych	Tak	
10	Dwa niezależne kanały zabiegowe	Tak	
11	Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta jednocześnie dla obu kanałów lub osobno	Tak	
12	Statystyki przeprowadzanych zabiegów	Tak	
13	Możliwość podłączenia akumulatora - opcja	Tak	
14	Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz	Tak	
15	Wymagane prądy: – interferencyjne izoplanarne – interferencyjne dynamiczne – interferencyjne jednokanałowe AMF – TENS symetryczny – TENS asymetryczny – TENS naprzemienny – TENS burst – TENS do terapii porażień spastycznych – Kotz'a (rosyjska stymulacja) – tonoliza – stymulacja Hufschmidta	Tak, podać	

	<ul style="list-style-type: none"> – diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP, RS, MM) – impulsowe prostokątne – impulsowe trójkątne – impulsowe UR wg Traberta (2 - 5) – impulsowe Leduca (1 - 9) – impulsowe neofaradyczne – unipolarne falujące – bipolarne falujące – galwaniczne – mikroprądy – prądy średniej częstotliwości MF – impulsy IG – prądy EMS – fale H 		
16	W zestawie: - kable pacjenta - 2 szt. - elektrody do elektroterapii 6x6 cm - 4 szt. - elektrody do elektroterapii 7,5x9 cm - 2 szt. - pokrowce wiskozowe do elektroterapii o rozmiarze 8x8 cm min. - 8 szt. - pokrowce wiskozowe do elektroterapii o rozmiarze 10x10 cm min. - 4 szt. - pas rzepowy min. 40x9 cm - 2 szt. - pas rzepowy min.100x9 cm - 2 szt. - woreczek z piaskiem rozmiar min. 21x14 cm - 2 szt. - elektrody punktowe z adapterem: 6 mm, 10mm, 15 mm, 20 mm – po 1 szt. - rysik do ekranu – 1 szt. - zasilacz impulsowy z kablem zasilający - 1 szt. - torba do aparat wraz z wyposażeniem - 1 szt.	Tak, podać	
	Warunki gwarancji i inne		
17	Aparat fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
18	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
19	Gwarancja min. 24 miesięcy	Tak, podać	
20	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
21	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
22	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
23	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
24	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
25	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego	Tak	
26	Przy wysyłce aparatu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
27	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne	Tak	
28	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
29	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
30	Przy dostawie aparatu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
31	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

_____ dnia _____._____._____. r.
(miejscowość i data)

Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania

DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERT

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 3

Przedmiot zamówienia: dostawa stołu operacyjnego, ogólnochirurgicznego - 1 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Stół do operacji ogólnochirurgicznych	Tak	
2	Napęd stołu elektrohydrauliczny	Tak	
3	Konfiguracja blatu stołu: - podglówek płytowy na całą szerokość blatu, - oparcie pleców z możliwością uzyskania wypiętrzenia klatki piersiowej (dwusegmentowe), - płyta lędźwiowa, - podnóżki: lewy i prawy Błat z możliwością zamiany miejscami podnóżków z podglówkiem. Segmenty blatu wyposażone z obu stron w listwy ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej do mocowania wyposażenia. Listwy w segmencie oparcia pleców i płycie lędźwiowej wyposażone na obu końcach w ograniczniki zabezpieczające korpusy mocujące wyposażenie przed ich przypadkowym wypadnięciem	Tak	
4	Długość stołu z blatem: 2050 mm (+/- 30 mm)	Tak, podać	
5	Całkowita szerokość blatu: 580 mm (+/- 30 mm)	Tak, podać	
6	Regulacja wysokości blatu: 720 do 1140 mm (± 30 mm), wymiary wysokości dotyczą górnej powierzchni materaca	Tak, podać	
7	Regulacja oparcia pleców: - 40° do +85° (+/- 5°)	Tak, podać	
8	Regulacja podglówka: - 55° do +55° (+/- 5°)	Tak, podać	
9	Przechyły boczne w obie strony, min. po 30°	Tak, podać	
10	Przechył Trendelenburga, min. 40°	Tak, podać	
11	Przechył anty –Trendelenburga, min. 40°	Tak, podać	
12	Regulacja kąta nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej: - 90° do +30° (+/- 5°)	Tak, podać	
13	Zakres regulacji kąta odchylenia podnóżków w płaszczyźnie poziomej: 0° do 180° (+/-5°)	Tak, podać	
14	Ręczny przesuw wzdłużny blatu: min. 330 mm, przesuw płynny, bezstopniowy, bezskokowy, zapewniający zablokowanie blatu w dowolnym położeniu na całym zakresie przesuwu	Tak, podać	

15	Układ sterowania z funkcją „stand by” z możliwością ustawienia długości zwłoki czasowej od ostatniego naciśnięcia przycisku funkcyjnego do dezaktywacji pilota. Ponowne sterowanie z pilota możliwe po naciśnięciu przycisku aktywacji przycisków funkcyjnych	Tak	
16	Regulacja pilotem przewodowym przez układ elektro-hydrauliczny następujących pozycji blatu: - zmiana wysokości - przechyły wzdłużne - przechyły boczne - poziomowanie blatu jednym przyciskiem	Tak	
17	Stół wyposażony w przewodowy pilot z wyświetlaczem LCD o szerokich kątach widzenia. Ergonomiczny pilot z podświetlanymi klawiszami i z wyraźnymi ikonami dla poszczególnych funkcji. Pilot wyposażony w przycisk aktywujący wszystkie funkcje oraz w przycisk do zmiany orientacji blatu. Po włączeniu pilota na wyświetlaczu informacja o procentowym stanie naładowania baterii stołu. Przy realizacji poszczególnych funkcji wyświetlanie piktogramu przedstawiającego wykonywany ruch stołu oraz aktualna wartość regulowanego parametru. Regulacja funkcjami stołu dwustopniowa - zabezpieczająca przed przypadkowym uruchomieniem funkcji (wybór regulowanej funkcji a następnie wybór kierunku regulacji) poza pozycją Trendelenburga oraz „0”. Klawisz pozycji Trendelenburga specjalnie oznaczony – odróżniający się od innych klawiszów	Tak	
18	Możliwość podłączenia pilota do stołu od strony nóg lub od strony głowy pacjenta	Tak	
19	Zasilanie baterijne 24 V, ładowarka wbudowana w podstawę stołu	Tak	
20	Regulacja segmentu oparcia pleców, podglówka oraz nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą, uruchamianymi łatwo dostępnymi dla personelu dźwigniami	Tak	
21	Zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem dźwigni zwalniania blokad sprężyn gazowych, służących do regulacji oparcia pleców	Tak	
22	Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej o bardzo dobrych właściwościach antykorozyjnych i kwasoodpornych	Tak	
23	Podstawa w kształcie litery „T” zapewniająca dobry dostęp chirurga do blatu stołu. Wysokość podstawy nie więcej niż 140 mm od podłogi	Tak, podać	
24	Stół przejezdny z systemem blokowania, w pozycji zablokowanej stół opierający się na 4 stopkach	Tak	
25	Stół z zaciskiem wyrównania potencjałów wraz z przewodem do odprowadzania ładunków elektrostatycznych	Tak	
26	Płyta oparcia pleców dzielona w proporcji 1:2 (dłuższy segment od strony głowy pacjenta), z możliwością wykonania wypiętrzenia klatki piersiowej od strony głowy pacjenta przy pomocy odłączanej korby, wysokość wierzchołka materaca po wypiętrzeniu min. 150 mm	Tak, podać	
27	Blat przenikalny dla promieni RTG z możliwością wykonywania zdjęć RTG oraz możliwością monitorowania pacjenta przy pomocy ramienia C, prowadnice na kasetę RTG co najmniej w segmencie podglówka, oparcia pleców i siedziska	Tak	
28	Materace bezszwowe, demontowane, antystatyczne, wykonane z poliuretanu spienionego, grubość materaca min. 50 mm	Tak	
29	Dopuszczalne obciążenie robocze - dynamiczne, min. 200 kg	Tak, podać	
30	Dopuszczalne obciążenie statyczne stołu (blat wypoziomowany, centralnie ułożony względem kolumny, ruch góra / dół): min. 350 kg	Tak, podać	
31	Wyposażenie stołu : - podpórka ręki z uchwytem mocującym – 1 kpl. - poręcz kompletne zabezpieczające bezwładnego pacjenta przed zsunieniem się ze stołu operacyjnego, składające się z czterech elementów montowanych na listwach bocznych stołu operacyjnego z możliwością przesuwu wzdłużnego i odwodzenia na boki, wykonane są ze stali nierdzewnej – 1 kpl.	Tak	

	- pas nadgarstkowy służący do unieruchamiania kończyn górnych na wysokości nadgarstka. Mocowany do listwy bocznej stołu, posiadający regulację wzdłużną oraz regulację zacisku pasa, szerokość pasa min. 100 mm – 1 szt. - pas udowy służący do unieruchamiania uda pacjenta na stole operacyjnym, składający się z nierdzewnego zaczepu montowanego na listwie bocznej stołu operacyjnego oraz pasa o szerokości min. 100 mm – 1 szt.		
32	Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne	Tak	
	Warunki gwarancji i inne		
33	Stół fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
34	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
35	Gwarancja min. 48 miesięcy	Tak, podać	
36	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
37	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
38	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
39	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
40	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
41	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy, wymagane jest wstawienie na czas naprawy, stołu zastępczego	Tak	
42	Przy wysyłce stołu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
43	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy stołu, bezpłatne	Tak	
44	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
45	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy stołu (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
46	Przy dostawie stołu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
47	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

_____ dnia __. __. ____ r.
(miejscowość i data)

Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania
DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 4 poz. 1

Przedmiot zamówienia: dostawa wózków reanimacyjnych – 3 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Wózek reanimacyjny wyposażony w 4 szuflady	Tak	
2	Wymiary wózka bez wyposażenia dodatkowego: - szerokość: 650 mm (+/- 20 mm) - głębokość: 550 mm (+/- 20 mm) - wysokość od podłoża do blatu: 1000 mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
3	Wymiary szafki: - szerokość: 600 mm (+/- 20 mm) - głębokość 500 mm (+/- 20 mm) - wysokość: 805 mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
4	Wózek wyposażony w 4 szuflady: - 1 szuflada o wysokości frontu 234 mm (+/- 5 mm) - 3 szuflady o wysokości frontu 156 mm (+/- 5 mm)	Tak, podać	
5	Wymiary powierzchni użytkowej szuflady: - przy wysokości frontów 1x234 mm: 525x440x209 mm (+/- 5 mm) (szerokość x głębokość x wysokość) - przy wysokości frontu 3x156 mm: 525x440x140 mm (+/- 5 mm) (szerokość x głębokość x wysokość)	Tak, podać	
6	Szuflady wyposażone w prowadnice z samodociąganiem	Tak, podać	
7	Szafka i szuflady wykonane ze stali lakierowanej proszkowo, kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego, min. 19 kolorów do wyboru	Tak, podać	
8	Blat szafki z stalowy, lakierowany proszkowo z pogłębieniem, obudowany z 3 stron bandami zabezpieczającymi przed zsunięciem się przedmiotów, wysokość band: 50 mm (+/- 5 mm)	Tak, podać	
9	Uchwyty szuflad bez ostrych krawędzi, wykonane z aluminium anodowanego lub lakierowane proszkowo, kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego, min. 19 kolorów do wyboru	Tak, podać	
10	Podstawa stalowa lakierowana proszkowo na biało z odbojami, wyposażona w koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy 125 mm, w tym dwa z blokadą	Tak, podać	
11	Wyposażenie dodatkowe wózka:	Tak, podać	

	- 2 odcinki szyny instrumentalnej do montowania wyposażenia dodatkowego wykonane ze stali kwasoodpornej, narożniki zabezpieczone i zintegrowane z korpusem wózka poprzez łącznik z tworzywa - 1 szt. wysuwany blat boczny, stalowy, lakierowany proszkowo - 1 szt. wieszak kroplówki z regulacją wysokości z dwoma haczykami - 1 szt. wyprofilowana deska do przeprowadzania RKO, wykonana z odpornego tworzywa sztucznego - 1 szt. koszyk na akcesoria 360x160x150mm (+/- 5mm) - 1 szt. kosz na odpady z tworzywa z pokrywą uchylną - 1 szt. uchwyt do przetaczania umiejscowiony z przodu wózka, nad szufladami, stalowy lakierowany proszkowo - kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego, min. 19 kolorów do wyboru		
12	Dodatkowe akcesoria mocowane za pomocą aluminiowych kostek 54x40 mm (wysokość x szerokość), z pokręteł 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, podać	
	Warunki gwarancji i inne		
13	Wózek fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
14	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
15	Gwarancja min. 24 miesięcy	Tak, podać	
16	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
17	Adres i numer zgłoszeniowy	Tak	
18	Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URW MiPB, Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485, Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego (lub równoważne)	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 4 poz. 2

Przedmiot zamówienia: dostawa wózków reanimacyjnych - 2 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Wózek reanimacyjny wyposażony szafkę z 2 szufladami i półkę pod szafką	Tak	
2	Wymiary wózka bez wyposażenia dodatkowego: - szerokość 700 mm (+/- 20 mm) - głębokość 560 mm (+/- 20 mm) - wysokość od podłoża do blatu 1000 mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
3	Wymiary szafki: - szerokość 600 mm (+/- 20 mm) - głębokość 500 mm (+/- 20 mm) - wysokość: 390 mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
4	Wózek wyposażony w szafkę z 2 szufladami: - 2 x szuflady o wysokości frontu 156 mm (+/- 10 mm)	Tak, podać	
5	Wymiary półki: 600x500mm (+/- 10mm)	Tak, podać	
6	Wymiary powierzchni użytkowej szuflad: - szerokość: 525 mm (+/- 10 mm) - głębokość: 465 mm (+/- 10 mm) - wysokość: 145 mm (+/- 10 mm)	Tak, podać	
7	Stelaż z profilu aluminiowego lakierowanego proszkowo na biało. Profil nośny z 2 kanałami montażowymi po obydwu stronach umożliwiający regulację wysokości położenia szyn instrumentalnych oraz rozbudowę wózka w przyszłości o wyposażenie dodatkowe wyłącznie za pomocą elementów złącznych, bez konieczności wykonywania otworów. Kanały montażowe zaślepione elastyczną, wyjmowaną uszczelką zabezpieczającą przed gromadzeniem się brudu, min. 8 kolorów do wyboru przez Zamawiającego	Tak, podać	
8	Blat wózka wykonany z tworzywa ABS, z przegłębieniem, otoczony z 3 stron bandami o wysokości 40 mm	Tak, podać	
9	Blat z ABS z możliwością demontażu - dostępność wymiennych blatów przez min. 10 lat	Tak	
10	Wymiary blatu: 600x500 mm (+/- 10 mm) Wymiary powierzchni użytkowej blatu: 550x450 mm (+/- 10 mm)	Tak, podać	
11	Podstawa stalowa z osłoną z tworzywa z ABS pełniącą funkcję odbojów, wyposażona w koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 125 mm, w tym dwa z blokadą	Tak, podać	

12	Szafka stalowa lakierowana proszkowo na białą, front lakierowany na wybrany kolor z palety RAL, min. 19 kolorów do wyboru przez Zamawiającego	Tak, podać	
13	Prowadnice szuflad z samodociągami	Tak	
14	Uchwyty szuflad bez ostrych krawędzi w kształcie litery C, wykonane z aluminium anodowanego lub lakierowane proszkowo, kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego, min. 19 kolorów do wyboru	Tak	
15	Wyposażenie dodatkowe wózka: - 4 szt. odcinki szyny instrumentalnej do montowania wyposażenia dodatkowego wykonane ze stali kwasoodpornej, narożniki zabezpieczone i zintegrowane z korpusem wózka poprzez łącznik z tworzywa - 1 szt. pojemnik na narzędzia 325x175x40mm (+/- 5 mm) - 1 szt. wieszak kroplówki z regulacją wysokości, głowica na 4 haczyki - 1 szt. uchwyt do pojemnika na zużyte igły, dostosowany do wymiarów pojemnika Zamawiającego - 1 szt. pojemnik na rękawiczki obudowany z 3 stron, wymiary pojemnika: 124x75x230 mm (+/- 5 mm) - 1 szt. kosz na odpady z tworzywa sztucznego z pokrywą uchylną - 1 szt. koszyk na akcesoria stalowy lakierowany proszkowo 360x160x150mm (+/- 5 mm) - 1 szt. uchwyt do przetaczania umiejscowiony z przodu wózka, nad szufladami, stalowy lakierowany proszkowo - kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego, min. 19 kolorów do wyboru	Tak, podać	
16	Dodatkowe akcesoria mocowane za pomocą aluminiowych kostek 54x40 mm z wyjątkiem kosza na odpady (wysokość x szerokość), z pokrętkiem 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, podać	
Warunki gwarancji i inne			
17	Wózek fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
18	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
19	Gwarancja min. 24 miesięcy	Tak, podać	
20	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
21	Adres i numer zgłoszeniowy	Tak	
22	Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URW MiPB, Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485, Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego (lub równoważne)	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie wyrób medyczny już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 4 poz. 3

Przedmiot zamówienia: dostawa stolika instrumentalnego typ Mayo - 1 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Stolik instrumentalny typ MAYO	Tak	
2	Wymiary stolika: - wysokość 950-1320 mm (+/- 20 mm) - szerokość 500 mm (+/- 20 mm) - długość 750 mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
3	Konstrukcja ze stali kwasoodpornej gatunek 0H18N9	Tak	
4	Podstawa w kształcie litery T, wyposażona w 3 koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 75 mm, wszystkie z blokadą	Tak, podać	
5	Blat wykonany ze stali kwasoodpornej gatunek 0H18N9 z przegłębieniem, obracany w poziomie o 360° z blokadą obrotu	Tak	
6	Regulacja wysokości blatu, podnoszony hydraulicznie za pomocą pedału nożnego	Tak	
7	Wymiar blatu: 750x500 mm (+/- 20 mm)	Tak, podać	
8	Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpiecznie	Tak	
Warunki gwarancji i inne			
9	Wózek fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
10	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
11	Gwarancja min. 24 miesięcy	Tak, podać	
12	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
13	Adres i numer zgłoszeniowy	Tak	
14	Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URW MiPB, Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485, Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego (lub równoważne)	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 4 poz. 4

Przedmiot zamówienia: dostawa szafek przyłóżkowy - 50 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Szafka przyłóżkowa	Tak	
2	Szafka przyłóżkowa jednostronna - szuflada, drzwiczki, z korpusem i drzwiami wykonanym z płyty obustronnie laminowanej z obrzeżami z okleiny PCV	Tak	
3	Błat z laminatu HPL w kolorze białym o grubości co najmniej 10 mm	Tak, podać	
4	Fronty z płyty meblowej laminowanej, min. 5 kolorów do wyboru przez Zamawiającego	Tak, podać	
5	Wymiary części szafki z drzwiczkami - 390mm (+/- 5mm) szerokość - 360mm (+/- 5mm) głębokość - 410mm (+/-5mm) wysokość	Tak, podać	
6	Wymiary powierzchni użytkowej szuflady: - 340mm (+/- 5mm) szerokość - 330mm (+/- 5mm) głębokość - 120mm (+/-5mm) wysokość	Tak, podać	
7	Wymiary całkowite - 430mm (+/- 5mm) szerokość - 460mm (+/- 5mm) głębokość - 880mm (+/-5mm) wysokość	Tak, podać	
8	Wypożyczona w podwójne koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 50mm	Tak, podać	
Warunki gwarancji i inne			
9	Stoliki fabrycznie nowe, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
10	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
11	Gwarancja min. 24 miesięcy	Tak, podać	
12	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
13	Adres i numer zgłoszeniowy	Tak	
14	Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

_____ dnia _____.____.____ r.
(miejscowość i data)

Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania

DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 5

Przedmiot zamówienia: dostawa napędu ortopedycznego wraz z nasadkami - 1 zestaw

Typ Producent/Firma: Napęd ortopedyczny V600, Arthrex INC.

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy):

- Napęd ortopedyczny AR-600
- Nasadka wiertarki Jacobs AR-600DJ
- Nasadka do drutów Kirschnera AR-600PD-3
- Nasadka piły sagitalnej AR-600SAGMIS
- Ładowarka do akumulatorów AR-400UBC
- Uniwersalna przejściówka do ładowarki AR-400UBC-3
- Akumulator AR-600L
- Obudowa akumulatora AR-600LBH
- Aseptyczny zestaw do montażu akumulatora w obudowie AR-600ATK
- Kontener sterylizacyjny z pokrywą AR-600C-G

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Napęd ortopedyczny dużej mocy do nasadek i ostrzy	Tak	Tak, Napęd ortopedyczny dużej mocy do nasadek i ostrzy
2	Lekka, modułarna rękojeść wykonana z materiału PEEK	Tak	Tak, Lekka, modułarna rękojeść wykonana z materiału PEEK
3	Waga max. 980g	Tak, podać	Tak, Waga 950g
4	Zatraskowy montaż akumulatorów, nasadek i ostrzy bez użycia dodatkowych narzędzi	Tak	Tak, Zatraskowy montaż akumulatorów, nasadek i ostrzy bez użycia dodatkowych narzędzi
5	Silnik nie wymagający konserwacji i smarowania	Tak	Tak, Silnik nie wymagający konserwacji i smarowania
6	Akumulatory dołączane od dołu rękojeści napędu	Tak	Tak, Akumulatory dołączane od dołu rękojeści napędu
7	Napęd kaniulowany 4mm	Tak	Tak, Napęd kaniulowany 4mm
8	Prędkość maksymalna 13000 osc./min./950/250/200 obr./min. - uzależniona od zastosowanej nasadki	Tak, podać	Tak, Prędkość maksymalna 13000 osc./min./950/250/200 obr./min. - uzależniona od zastosowanej nasadki
9	Metody sterylizacji, autoklaw 134°, minimalny czas sterylizacji 3 minuty, czas suszenia 15 minut	Tak, podać	Tak, Metody sterylizacji, autoklaw 134°, minimalny czas sterylizacji 3 minuty, czas suszenia 15 minut
10	Możliwość rozbudowy napędu z nasadkami typu: piła oscylacyjna, piła oscylacyjna MIS, piła posuwisto-zwrotna, mikropiła do małych procedur ortopedycznych, sternotom	Tak, podać	Tak, Możliwość rozbudowy napędu z nasadkami typu: piła oscylacyjna, piła oscylacyjna MIS, piła posuwisto-zwrotna, mikropiła do małych procedur ortopedycznych, sternotom
11	Brak możliwości otwarcia obudowy akumulatora po podłączeniu do napędu - mechanizm zapobiegający wypadnięciu akumulatora podczas pracy napędu	Tak	Tak, Brak możliwości otwarcia obudowy akumulatora po podłączeniu do napędu – mechanizm zapobiegający wypadnięciu akumulatora podczas pracy napędu
12	Napęd nie wymagający konserwacji i smarowania	Tak	Tak, Napęd nie wymagający konserwacji i smarowania

13	Współpraca napędu z nasadkami typu: AO, AO/Trinkle, Trinkle, Harris, Zimmer/Hudson	Tak, podać	Tak, Współpraca napędu z nasadkami typu: AO, AO/Trinkle, Trinkle, Harris, Zimmer/Hudson
14	Nasadka wiertarki typ Jacobs - 1 szt.	Tak	Tak, Nasadka wiertarki typ Jacobs - 1 szt.
14a	Zakres min. 0 -7,4 mm z kluczykiem	Tak, podać	Tak, Zakres 0 -7,4 mm z kluczykiem
14b	Kaniulacja 4,1mm	Tak, podać	Tak, Kaniulacja 4,1mm
14c	Obroty co min. 0-950 obr./min.	Tak, podać	Tak, Obroty 0-950 obr./min.
15	Nasadka do drutów Kirschnera - 1 szt.	Tak	Tak, Nasadka do drutów Kirschnera - 1 szt.
15a	Obroty co najmniej 0-950 obr./min.	Tak, podać	Tak, Obroty 0-950 obr./min.
15b	Zakres min. 0,8 - 4,0 mm	Tak, podać	Tak, Zakres 0,8 - 4,0 mm
16	Nasadka piły sagitalnej - minimalne cięcia inwazyjne - 1 szt.	Tak	Tak, Nasadka piły sagitalnej - minimalne cięcia inwazyjne - 1 szt.
17	Ładowarka do akumulatorów LI-ION na min. cztery stanowiska - 1 szt.	Tak	Tak, Ładowarka do akumulatorów LI-ION na cztery stanowiska - 1 szt.
17a	Możliwość szybkiego ładowania akumulatora, z rozpoznawaniem stopnia naładowania i wyświetlaniem stopnia naładowania na ładowarce	Tak	Tak, Możliwość szybkiego ładowania akumulatora, z rozpoznawaniem stopnia naładowania i wyświetlaniem stopnia naładowania na ładowarce
17b	Możliwość testowania pozostałej pojemności baterii oraz wyświetlanie informacji o uszkodzonej baterii	Tak	Tak, Możliwość testowania pozostałej pojemności baterii oraz wyświetlanie informacji o uszkodzonej baterii
17c	Możliwość ładowania zarówno akumulatorów do dużych napędów m średnich napędów jak i małych napędów ortopedycznych za pomocą wymiennych adapterów	Tak	Tak, Możliwość ładowania zarówno akumulatorów do dużych napędów m średnich napędów jak i małych napędów ortopedycznych za pomocą wymiennych adapterów
17d	Sterowanie poprzez dotykowy ekran z licznikiem cykli ładowań dla każdego akumulatora	Tak	Tak, Sterowanie poprzez dotykowy ekran z licznikiem cykli ładowań dla każdego akumulatora
17e	Ładowarka wyposażona w gniazdo wyjściowe do zasilania w celu podpięcia drugiej ładowarki szeregowo z jednego źródła prądu	Tak	Tak, Ładowarka wyposażona w gniazdo wyjściowe do zasilania w celu podpięcia drugiej ładowarki szeregowo z jednego źródła prądu
17f	Na obudowie włącznik ładowarki	Tak	Tak, Na obudowie włącznik ładowarki
17g	Moc ładowarki min. 250W	Tak	Tak, Moc ładowarki 250W
18	Uniwersalna przejściówka do ładowarki dedykowana do zaproponowanych akumulatorów	Tak	Tak, Uniwersalna przejściówka do ładowarki dedykowana do zaproponowanych akumulatorów
19	Akumulator niesterylizowany LI-ION - 2 szt.	Tak, podać	Tak, Akumulator niesterylizowany LI-ION - 2 szt.
19a	Napięcie co najmniej 10,8V	Tak, podać	Tak, Napięcie 10,8V
19b	Pojemność co najmniej 2,2Ah	Tak, podać	Tak, Pojemność 2,2Ah
19c	Max. waga 250g	Tak, podać	Tak, Waga 250g
20	Obudowa akumulatora - 1 szt.	Tak	Tak, Obudowa akumulatora - 1 szt.
21	Aseptyczny zestaw do montażu akumulatora w obudowie - 1 szt.	Tak	Tak, Aseptyczny zestaw do montażu akumulatora w obudowie - 1 szt.
22	Kontener sterylizacyjny z pokrywą dedykowany do napędu z miejscami do przechowywania poszczególnych elementów zestawu - 1 szt.	Tak	Tak, Kontener sterylizacyjny z pokrywą dedykowany do napędu z miejscami do przechowywania poszczególnych elementów zestawu - 1 szt.
Warunki gwarancji i inne			
23	Urządzenie z wyposażeniem fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	Tak, Urządzenie z wyposażeniem fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok

			produkcji 2023 – zgodnie z udzielonymi odpowiedziami pkt 3.4
24	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	Tak, Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą
25	Gwarancja min. 24 miesięcy	Tak, podać	Tak, Gwarancja 24 miesięcy
26	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	Tak, Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski: ARTHREX POLSKA SP. Z O.O. ul. Karczunkowska 42 02-871 Warszawa
27	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	Tak, Zagwarantowana dostępność serwisu i części zamiennych przez 6 lat od daty dostawy – zgodnie z udzielonymi odpowiedziami pkt 3.5
28	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	Tak, Adres i numer zgłoszeniowy: ARTHREX POLSKA SP. Z O.O. ul. Karczunkowska 42 02-871 Warszawa +48 22 279 70 00
29	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	Tak, Czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin
30	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	Tak, Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie Zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni
31	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego	Tak	Tak, Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego
32	Przy wysyłce urządzenia do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	Tak, Przy wysyłce urządzenia do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy
33	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia , bezpłatne	Tak	Tak, Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia , bezpłatne
34	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany urządzenia na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	Tak, Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany urządzenia na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika
35	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	Tak, Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) – 1 przegląd na rok
36	Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	Tak, Przy dostawie dołączony protokół przekazania-odbioru – zgodnie z odpowiedziami pkt. 3.3 Zamawiający dopuścił dokument WZ, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, zgłoszenie do URW MiPB
37	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	Tak, Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

Warszawa, dnia 13.03.2024 r.
(miejscowość i data)

Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania
DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 6

Przedmiot zamówienia: dostawa zestawu do ogrzewania płynów infuzyjnych - 1 zestaw

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Zestaw do ogrzewania płynów infuzyjnych wykorzystuje suche ciepło, bez wykorzystywania zbiorników płynów grzejących	Tak	
2	Urządzenie jedno-elementowe	Tak	
3	Zadana temperatura grzania 41°C+/- 1°C	Tak, podać	
4	Podgrzanie do zadanej temperatury 41°C max. 2 minuty	Tak, podać	
5	Gwarancja ogrzania płynów do temperatury w zakresie 33-41°C	Tak, podać	
6	Efektywność ogrzewania określona na podstawie ogrzewania płynów o temperaturze wejściowej 10°C	Tak	
7	Zabezpieczenia i alarmy	Tak	
7a	Alarm ostrzegawczy przegrzania 43°C +3/-2°C	Tak, podać	
7b	Alarm ostrzegawczy niedogrzenia 33°C +/-2°C+3/-2°C	Tak, podać	
7c	Wyłącznik zabezpieczający przed przegrzaniem 44°C +/-2°C	Tak, podać	
7d	Alarm niezależnego awaryjnego systemu bezpieczeństwa 44°C	Tak	
8	Możliwość montażu na stojaku	Tak	
9	Maksymalny ciężar netto 3,5 kg	Tak, podać	
10	Przepływ krwi od KVO do 500 ml/min	Tak, podać	
11	Wyświetlacz informujący:	Tak	
11a	Aktualnej temperaturze grzania	Tak	
11b	Zbyt wysokiej temperaturze grzania	Tak	
11c	Zbyt niskiej temperaturze grzania	Tak	
11d	Kontrolka alarmu	Tak	
12	Maksymalna moc grzewcza 950 W	Tak, podać	
13	Urządzenie ogrzewające krew i płyny infuzyjne przy użyciu kaset jednorazowych	Tak	
14	Kasety jednorazowe do ogrzewania płynów, min. 20 szt.	Tak, podać	
14a	z wkomponowanym min. jednym portem do iniekcji	Tak	
14b	z automatycznym bezobsługowym odpowietrzaczem w przypadku kaset do wysokich przepływów	Tak	
14c	z wymienną komorą kroplową z filtrem krwi w przypadku kaset do wysokich przepływów	Tak	
Warunki gwarancji i inne			
15	Zestaw do ogrzewania płynów infuzyjnych fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw rok produkcji 2024	Tak	
16	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
17	Gwarancja min. 24 miesięcy	Tak, podać	
18	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
19	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
20	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	

21	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
22	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
23	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego	Tak	
24	Przy wysyłce zestaw do ogrzewania płynów infuzyjnych do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
25	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne	Tak	
26	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
27	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
28	Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
29	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

_____ dnia _____. _____. _____. r.
(miejscowość i data)

Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania
DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 7 poz. 1

Przedmiot zamówienia: dostawa urządzenia mobilnego do ogrzewania płynów - 2 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Urządzenie mobilne do ogrzewania płynów, umożliwiające łatwy i bezpieczny transport, wyposażone w cztery kółka - dwa z opcją blokady	Tak	
2	Obudowa z płyt izolacyjnych pokrytych łatwym do mycia tworzywem sztucznym	Tak	
3	Dwie szuflady z systemem automatycznego domykania, mechanizm uniemożliwiający wysunięcie obu szuflad jednocześnie	Tak	
4	Panel dotykowy z przyciskami, wyświetlaczem min. 3" z wskaźnikiem stand-by	Tak, podać	
5	Wyświetlacz pokazujący temperaturę rzeczywistą i zadaną	Tak	
6	Ogrzewacz z jedną komorą i systemem grzewczym	Tak	
7	Konwekcyjny system ogrzewania z obiegiem wymuszonym wentylatorem, gwarantującym równomierny rozkład temperatury w całej komorze	Tak	
8	Konstrukcja urządzenia zapewniająca przekazywanie ciepła do elementów ogrzewanych tylko za pośrednictwem powietrza	Tak	
9	Elektroniczne zabezpieczenie przed przegrzaniem bezpośrednio monitorujące temperaturę powietrza w komorze	Tak	
10	Niezależny czujnik temperatury dla elektronicznego zabezpieczenia przed przegrzaniem	Tak	
11	Konstrukcja urządzenia zapewniająca brak możliwości przekroczenia zadanej temperatury powierzchni, na której znajdują się elementy ogrzewane	Tak	
12	Min. dwa czujniki temperatury do kontroli systemu ogrzewania	Tak, podać	
13	Zabezpieczenia przed przegrzaniem	Tak	
14	Optyczny i akustyczny alarm w przypadku uszkodzenia czujnika temperatur	Tak	
15	Urządzenie przeznaczone do pracy ciągłej	Tak	
16	Mechaniczne zabezpieczenie przed przegrzaniem - termostat bimetaliczny	Tak	
17	Sygnał optyczny wyświetlany na ekranie przy niedomkniętej szufladzie	Tak	
18	Alarm optyczny i akustyczny włączający się po min. 60 sekundach przy niedomkniętej szufladzie	Tak, podać	
19	Optyczny i akustyczny alarm "niskiej / wysokiej temperatury", uruchamiany w przypadku wykrycia rozbieżności między temperaturą zadaną i temperaturą rzeczywistą w komorze	Tak, podać	
20	Optyczny i akustyczny alarm w przypadku przegrzania	Tak	
21	Tryb czuwania (stand by)	Tak	
22	Pojemność komory: min. 60 L netto	Tak, podać	
23	Maksymalne obciążenie szuflady min. 25 kg	Tak, podać	
24	Przybliżona pojemność do ogrzewania co najmniej czterdzieści butelek 0.5L; dwadzieścia cztery butelki 1L; cztery worki 5L; sześć worków 3L	Tak, podać	
25	Ustawiany przez użytkownika zakres temperatur: 25°C - 70°C +/-2°C (zmiana o 1°C)	Tak, podać	
26	Zewnętrzne wymiary urządzenia max. 350 x 830 x 620 mm (szerokość x wysokość x głębokość)	Tak	
27	Zasilanie sieciowe 230 V/ 50Hz	Tak	
28	Moc grzałki max. 400 Wat	Tak, podać	
29	Uchwyt do transportu	Tak	

30	Opcja "BOOST" pozwalająca na przyspieszenie ogrzewania wsadu poprzez czasowe zwiększenie temperatury grzania	Tak	
31	Oprogramowanie wyposażone w programator czasowy, pozwalający precyzyjnie ustalić dzienny i tygodniowy cykl pracy urządzenia	Tak	
32	System dezynfekcji UV-C	Tak	
	Warunki gwarancji i inne		
33	Urządzenie fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw rok produkcji 2024	Tak	
34	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
35	Gwarancja min. 24 miesiące	Tak, podać	
36	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
37	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
38	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
39	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
40	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
41	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego	Tak	
42	Przy wysyłce urządzenia do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
43	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne	Tak	
44	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
45	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
46	Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
47	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 7 poz. 2

Przedmiot zamówienia: dostawa urządzenia stacjonarnego do ogrzewania płynów - 2 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Urządzenie stacjonarne do ogrzewania płynów, łatwe i bezpieczne do przenoszenia, wyposażone w 4 gumowe nóżki	Tak	
2	Obudowa z płyt izolacyjnych pokrytych łatwym do mycia tworzywem sztucznym	Tak	
3	Przezroczysta pokrywa wykonana ze bezpiecznego szkła hartowanego, z dwoma wspornikami teleskopowym utrzymującym ją w pozycji otwartej	Tak	
4	Panel dotykowy z przyciskami, wyświetlaczem min. 3" z wskaźnikiem stand-by	Tak	
5	Wyświetlacz pokazujący temperaturę rzeczywistą i zadaną	Tak	
6	Ogrzewacz z jedną komorą i systemem grzewczym, komora zamykana od góry	Tak	
7	Konwekcyjny system ogrzewania z obiegiem wymuszonym wentylatorem, gwarantującym równomierny rozkład temperatury w całej komorze	Tak	
8	Konstrukcja urządzenia zapewniająca przekazywanie ciepła do elementów ogrzewanych tylko za pośrednictwem powietrza	Tak	
9	Elektroniczne zabezpieczenie przed przegrzaniem bezpośrednio monitorujące temperaturę powietrza w komorze	Tak	
10	Niezależny czujnik temperatury dla elektronicznego zabezpieczenia przed przegrzaniem	Tak	
11	Konstrukcja urządzenia zapewniająca brak możliwości przekroczenia zadanej temperatury powierzchni, na której znajdują się elementy ogrzewane	Tak	
12	Min. dwa czujniki temperatury do kontroli systemu ogrzewania	Tak, podać	
13	Zabezpieczenia przed przegrzaniem	Tak	
14	Optyczny i akustyczny alarm w przypadku uszkodzenia czujnika temperatury	Tak	
15	Urządzenie przeznaczone do pracy ciągłej	Tak	
16	Mechaniczne zabezpieczenie przed przegrzaniem - termostat bimetaliczny	Tak	
17	Sygnał optyczny wyświetlany na ekranie przy niedomkniętej pokrywie	Tak	
18	Alarm optyczny i akustyczny włączający się po min. 60 sekundach przy niedomkniętej pokrywie	Tak, podać	
19	Optyczny i akustyczny alarm "niskiej / wysokiej temperatury", uruchamiany w przypadku wykrycia rozbieżności między temperaturą zadaną i temperaturą rzeczywistą w komorze	Tak, podać	
20	Optyczny i akustyczny alarm w przypadku przegrzania	Tak	
21	Tryb czuwania (stand by)	Tak	
22	Pojemność komory min. 30 L netto	Tak, podać	
23	Maksymalne obciążenie komory 25 kg	Tak, podać	
24	Przybliżona pojemność do ogrzewania: dwadzieścia cztery butelki 0.5L; dwanaście butelek 1L; dwa worki 5L; trzy worki 3L	Tak, podać	
25	Ustawiany przez użytkownika zakres temperatur: 25°C - 70°C +/-2°C (zmiana o 1°C)	Tak, podać	
26	Zewnętrzne wymiary urządzenia max. 350 x 400 x 620 mm (szerokość x wysokość x głębokość)	Tak, podać	
27	Napięcie zasilania: 220-240 VAC, 50-60 Hz	Tak	
28	Moc grzałki max 400 Wat	Tak	

29	Opcja "BOOST" pozwalająca na przyspieszenie ogrzewania wsadu poprzez czasowe zwiększenie temperatury grzania	Tak	
30	Oprogramowanie wyposażone w programator czasowy, pozwalający precyzyjnie ustalić dzienny i tygodniowy cykl pracy urządzenia	Tak	
31	System dezynfekcji UV-C	Tak	
	Warunki gwarancji i inne		
32	Urządzenie fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw rok produkcji 2023	Tak	
33	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
34	Gwarancja min. 24 miesiące	Tak, podać	
35	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
36	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
37	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
38	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
39	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
40	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego	Tak	
41	Przy wysyłce urządzenia do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
42	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne	Tak	
43	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
44	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
45	Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
46	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

_____ dnia __. __. ____ r.
(miejscowość i data)

Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania
DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 8 poz. 1

Przedmiot zamówienia: dostawa wideogastroskopu diagnostyczno-zabiegowego HDTV - 2 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Wideogastroskop diagnostyczno-zabiegowy HDTV	Tak	
2	Obrazowanie w standardzie HDTV	Tak	
3	Pełna kompatybilność z posiadanymi procesorami wizyjnymi serii EPK-i oraz EPK-i5000	Tak	
4	Chip CCD wbudowany w końcówkę endoskopu	Tak	
5	Średnica kanału roboczego min. 3,2 mm	Tak, podać	
6	Średnica zewnętrzna tuby wzornikowej min. 9,8 mm	Tak, podać	
7	Długość robocza sondy wzornikowej min. 1050 mm	Tak, podać	
8	Kąt widzenia min. 140°	Tak, podać	
9	Głębokość ostrości min. 2-100 mm	Tak, podać	
10	Zagięcie końcówki sondy wzornikowej: - góra/dół: min. 210°/120° - prawo/lewo: min. 120°/120°	Tak, podać	
11	Programowalne przyciski sterujące głowicy endoskopowej z możliwością przypisania każdej funkcji sterującej procesora, min. 4 przyciski	Tak, podać	
12	Obsługa trybu obrazowania w filtracji optycznej - cyfrowej	Tak	
13	Obsługa trybu pracy w wąskich pasmach światła - pełna kompatybilność w wszystkich funkcjach procesora wizyjnego wyposażonego w tę funkcję	Tak	
14	Dodatkowy kanał do spłukiwania pola obserwacji tzw. WATER-JET System	Tak	
5	Złącze kanału WATER-JET oraz zawór testera szczelności zintegrowane z konektorem do procesora	Tak	
16	Obrotowy konektor łączący endoskop z procesorem w zakresie 180° redukujący ryzyko skręcenia światłowodu	Tak	
17	System z zastosowaniem zabezpieczenia wtyku z podłączeniem do procesora i źródła światła za pomocą jednego konektora	Tak	
18	Możliwość mycia i dezynfekcji automatycznie w środkach chemicznych różnych producentów	Tak	
19	Aparat w pełni zanurzalny z zastosowaniem nakładek uszczelniających dla bezpieczeństwa styków elektrycznych przez działaniem środków dezynfekcyjnych	Tak	
20	Pełna kompatybilność z posiadanymi myjniemi dezynfektorami serii Innova E3 oraz Innova E3s bez konieczności adaptacji przyłączy	Tak	
21	Elektroniczny tester szczelności kompatybilny z oferowanymi i posiadanymi endoskopami – 1 szt.	Tak	
Warunki gwarancji i inne			
22	Wideogastroskop fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
23	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
24	Gwarancja min. 36 miesięcy	Tak, podać	
25	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	

26	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
27	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
28	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
29	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
30	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego	Tak	
31	Przy wysyłce wideogastroskopu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
32	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne	Tak	
33	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
34	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
35	Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
36	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 8 poz. 2

Przedmiot zamówienia: dostawa wideoduodenoskopy HDTV - 1 szt.

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Wideoduodenoskop HDTV	Tak	
2	Obrazowanie w standardzie HDTV	Tak	
3	Pełna kompatybilność z posiadanymi procesorami wizyjnymi serii EPK-i oraz EPK-i5000	Tak	
4	Średnica kanału roboczego min. 4,2 mm	Tak, podać	
5	Średnica zewnętrzna wziernika max. 11,6 mm	Tak, podać	
6	Średnica zewnętrzna końcówki dystalnej max. 13,2 mm	Tak, podać	
7	Chip CCD w końcówce endoskopu kompatybilny z funkcją obrazowania w wąskim paśmie światła	Tak	
8	Wbudowany mikrochip informacyjny zawierający informację o typie i nr seryjnym wideoendoskopu z pamięcią ustawień balansu bieli ze stałym ustawieniem soczewki względem wylotu kanału biopsyjnego co daje stałość kierunku wyjścia narzędzia endoskopowego	Tak	
9	Kąt obserwacji min. 100°	Tak, podać	
10	Kąt obserwacji wstecznej min. 10°	Tak, podać	
11	Wlot kanału biopsyjnego typu Luer	Tak	
12	Zawór testera szczelności w konektorze	Tak	
13	Min. 4 przyciski dowolnie programowalne znajdujące się na rękojeści endoskopu	Tak	
14	Kąt zagięć końcówki endoskopu: góra/dół 120°/90° oraz prawo/lewo 105°/90°	Tak, podać	
15	System głębi ostrości min. 4-60mm	Tak, podać	
16	Długość robocza min. 1250mm	Tak, podać	
17	Obsługa trybu pracy w wąskich pasmach światła - pełna kompatybilność w wszystkich funkcjami procesora wizyjnego wyposażonego w tą funkcję	Tak	
18	System z podłączeniem do procesora i źródła światła za pomocą jednego konektora	Tak	
19	Obrotowy konektor w zakresie min.180° redukujący ryzyko skręcenia światłowodu	Tak	
20	Światłowód łączący konektor z rękojeścią wyposażony w gumowy kompensator naprężeń	Tak	
21	Rękojeść endoskopu z oznaczeniem modelu endoskopu w możliwością rozbudowy o system oznakowania kodem paskowym lub RFID do systemu rejestracji procesów mycia	Tak	
22	System z zastosowaniem zabezpieczenia wtyku z podłączeniem do procesora i źródła światła za pomocą jednego konektora	Tak	
23	Możliwość mycia i dezynfekcji automatycznie w środkach chemicznych różnych producentów	Tak	
24	Aparat w pełni zanurzalny z zastosowaniem nakładek uszczelniających dla bezpieczeństwa styków elektrycznych przez działaniem środków dezynfekcyjnych	Tak	
25	Pełna kompatybilność z posiadanymi myjniemi dezynfektorami serii Innova E3 oraz Innova E3s bez konieczności adaptacji przyłączy	Tak	
	Warunki gwarancji i inne		
26	Wideoduodenoskop fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	

27	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
28	Gwarancja min. 36 miesięcy	Tak, podać	
29	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
30	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
31	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
32	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
33	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
34	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego	Tak	
35	Przy wysyłce wideoduodenoskopu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
36	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne	Tak	
37	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
38	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
39	Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
40	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

_____ dnia _____._____._____. r.
(miejscowość i data)

Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania
DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

Pakiet nr 9

Przedmiot zamówienia: dostawa platformy monitorowania hemodynamicznego - 1 zestaw

Typ Producent/Firma: _____

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): _____

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Platforma monitorowania hemodynamicznego	Tak	
2	Ocena hemodynamiczna układu krążenia metodą małoinwazyjną rozumianą jako: - bez użycia cewnika Swan-Ganza, - pomiar parametrów hemodynamicznych z jednego dostępu naczyniowego lub drogą kaniulacji obwodowego naczynia tętniczego i żyły głównej górnej, - pomiar u pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych	Tak, podać	
3	Analiza kształtu fali ciśnienia tętniczego do ciągłego (w czasie rzeczywistym) oznaczania ciśnienia krwi, trendu rzutu serca, reakcji hemodynamicznych na podanie płynów i innych parametrów pochodnych z wykorzystaniem jednego dostępu naczyniowego. Mierzone parametry: COCal/Trend (CICal/Trend) – rzutu serca w oparciu o kształt fali puls, SV (SVI) - objętość wyrzutowa, SVR (SVRI) - obwodowy opór naczyniowy, SVV - wahania objętości wyrzutowej, PPV - wahania ciśnienia tętniczego, dPmx - Wskaźnik kurczliwości lewej komory, CPO (CPI) - moc pojemności minutowej, HR - częstość akcji serca, APsys - skurczowe ciśnienie tętnicze, APdia - rozkurczowe ciśnienie tętnicze, MAP - średnie ciśnienie tętnicze, CVP - ośrodkowe ciśnienie żyłne	Tak, podać	
4	Dla uzyskania maksymalnie dokładnego pomiaru ciągłego rzutu serca urządzenie posiadające dwie opcje kalibracji: - automatyczną rozumianą jako wygenerowanie szacunkowej wartości kalibracji na podstawie ciśnienia krwi oraz danych pacjenta, - ręczną rozumianą jako wpisanie w polu wprowadzania danych wartości referencyjnej CO, otrzymanej za pomocą innej technologii monitorowania hemodynamicznego	Tak	
5	Dla uzyskania maksymalnie dokładnego pomiaru ciągłego rzutu serca urządzenie posiadające opcję wyboru miejsca wkłucia cewnika centralnego	Tak	
6	Moduł ciągłego w czasie rzeczywistym pomiaru rzutu serca z analizy kształtu fali ciśnienia tętniczego, kalibrowanego metodą termodylucji przezpłucnej, drogą kaniulacji obwodowego naczynia tętniczego i żyły głównej górnej. Mierzone parametry: COPC (CIPC) - rzut serca w oparciu o kształt fali puls, SV (SVI) - objętość wyrzutowa, SVR (SVRI) - obwodowy opór naczyniowy, SVV - wahania objętości wyrzutowej, PPV - wahania ciśnienia tętniczego, dPmx - Wskaźnik kurczliwości lewej komory, tdCO (tdCI) - rzut minutowy z termodylucji przezpłucnej, CFI - wskaźnik funkcji serca, GEDV (GEDV) - całkowita objętość końcowo-rozkurczowa, EVLW (ELWI) - objętość pozanaczyniowej wody płucnej, PVPI - wskaźnik przepuszczalności naczyń płucnych, GEF - całkowita frakcja wyrzutowa, CPO (CPI) - moc użyteczna serca, HR - częstość skurczów serca, APsys - skurczowe ciśnienie tętnicze, APdia - rozkurczowe ciśnienie tętnicze, MAP - średnie ciśnienie tętnicze, CVP - ośrodkowe ciśnienie żyłne	Tak, podać	
7	Urządzenie umożliwiające rozbudowę o ciągły w czasie rzeczywistym pomiar saturacji krwi żyłnej z żyły głównej górnej za pomocą refleksyjnego czujnika światłowodowego zakładanego do istniejącego cewnika CVC. Mierzone parametry: ScvO ₂ - saturacja krwi żyłnej z żyły głównej górnej, DO ₂ (DO ₂ I) – dostarczenie tlenu, VO ₂ (VO ₂ I) – konsumpcja tlenu, O ₂ ER - współczynnik ekstrakcji tlenu	Tak	

8	Urządzenie umożliwiające rozbudowę o ciągły w czasie rzeczywistym pomiar pulsoksymetrii do stałego monitorowania nasycenia hemoglobiny tętniczej tlenem (SpO ₂), a także o pomiar densytometryczny tętna do określania stężenia zieleni indocyjaninowej, wskaźnika stosowanego do oceny ogólnej czynności wątroby i/lub perfuzji otrzewnej Mierzone parametry: PDR - Wskaźnik eliminacji z osocza, R15 - Wskaźnik utrzymywania ICG po 15 minutach	Tak	
9	Dane pomiarowe wyświetlane na min. 8" ekranie o wysokiej rozdzielczości – 800 x 480 pixel	Tak, podać	
10	Wyświetlanie rzeczywistej krzywej ciśnienia tętniczego (AP)	Tak	
11	Obsługa monitora poprzez ekran dotykowy i klawisze funkcyjne, oprogramowanie w języku polskim	Tak	
12	Wybór sposobu prezentacji danych pomiarowych – min. 2 tryby	Tak, podać	
13	Prezentacja danych w postaci trendów graficznych z możliwością wyświetlania dwóch krzywych trendu w jednym oknie. Zakres czasowy trendu 15 min., 30 min., 1 godz. 3 godz. 6 godz. 12 godz. 24 godz. 2 dni, 3 dni, 6dni, 12 dni	Tak, podać	
14	Drukowania danych poprzez: - wirtualne drukowanie z portu USB do pliku PDF lub Excel (do dalszej obróbki) - drukowanie poprzez sieć	Tak	
15	Możliwość ustawienia wartości normalnych i docelowych	Tak	
16	Możliwości transmisji danych z wykorzystaniem LAN do podłączania drukarek sieciowych lub systemów PDMS	Tak	
17	Okablowanie umożliwiające podłączenie i przesył danych dotyczących wartości ciśnienia krwawego do monitora przyłóżkowego posiadanego przez Zamawiającego typ FX 3000MD	Tak	
18	Min. 20 zestawów do pomiarów składających się z cewnika tętniczego oraz przetwornika do pomiaru ciśnienia IBP i CVP zgodnie z zapotrzebowaniem Zamawiającego	Tak, podać	
Warunki gwarancji i inne			
19	Zestaw fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024	Tak	
20	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	Tak	
21	Gwarancja min. 36 miesięcy	Tak, podać	
22	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	
23	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
24	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	
25	Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin	Tak	
26	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni	Tak	
27	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego	Tak	
28	Przy wysyłce aparatu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	
29	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne	Tak	
30	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	
31	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku)	Tak, podać	
32	Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	Tak	
33	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu	Tak	

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść

jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

_____ dnia _____._____._____. r.
(miejscowość i data)

Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania

DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ

UZUPEŁNIENIE POWYŻSZYCH OPISÓW PAKIETÓW OD 1 DO 9

CAŁY ZAOFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA W TABELACH DLA PAKIETÓW OD 1 DO 9 MUSI BYĆ DOPUSZCZONY DO STOSOWANIA W OBSZARZE MEDYCZNYM.

WYKONAWCA SKŁADAJĄC SVOJĄ OFERTĘ W NINIEJSZYM POSTĘPOWANIU OŚWIADCZA RÓWNOCZEŚNIE, IŻ JEST UPRAWNIONY DO SWOBODNEGO ROZPORZĄDZANIA ZAOFEROWANYMI PRODUKTAMI, KTÓRE SĄ WOLNE OD WAD FIZYCZNYCH I PRAWNYCH ORAZ, ŻE POSIADA WSZELKIE NIEZBĘDNE UPRAWNIENIA ORAZ ZGODY, ZEZWOLENIA ODPOWIEDNICH ORGANÓW, URZĘDÓW, WYNIKI BADAŃ, CERTYFIKATY, OŚWIADCZENIA, DEKLARACJE (W TYM WSKAZANE W TABELACH POWYŻEJ) ITP. DO REALIZACJI PRZEDMIOTU UMOWY ORAZ ŻE WYKONANIE NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA PRZEZ WYKONAWCĘ NIE BĘDZIE NARUSZAĆ JAKICHKOLWIEK PRAW OSÓB TRZECICH. WYKONAWCA ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO PRZEDŁOŻENIA ZAMAWIAJĄCEMU DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH POSIADANIE PRZEZ PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA ZAOFEROWANY OD WYKONAWCY NIEZBĘDNYCH WYMAGAŃ, O KTÓRYCH MOWA W ZDANIU POPRZEDZAJĄCYM, NA KAŻDE ŻĄDANIE ZAMAWIAJĄCEGO, O CZYM MOWA W PROJEKCIE UMOWY (ZAŁ. NR 4 DO SWZ), Z UWZGLĘDNIENIEM WYMAGAŃ ZAWARTYCH W POWYŻSZYCH TABELACH.