|  |
| --- |
|  ***Załącznik nr 8 do SWZ*** …………………………………….(miejscowość, data)………………………………..(nazwa i adres wykonawcy)Dotyczy: „Zaprojektuj i wybuduj”: Nadbudowa i przebudowa oraz wyposażenie budynku Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w celu zwiększenia do 78 liczby łóżek opieki długoterminowej Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. ZP4/2025**PARAMETRY GRANICZNE**  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu | Ilość [szt.] | Cena netto [PLN] | Wartość netto [PLN] | Stawka VAT [%] | Wartość brutto [PLN] |
|  | Aparat USG, | 1 |  |  |  |  |
|  | Łóżka szpitalne, barierki, materace statyczne, | 78 |  |  |  |  |
|  | SZAFKA ~~SM-01~~ z blatem bocznym | 78 |  |  |  |  |
|  | Kozetka | 3 |  |  |  |  |
|  | Zintegrowany zespół higieny pacjenta (wanna z hydromasażem z podnośnikiem elektrycznym) | 1 |  |  |  |  |
|  | Wózki toaletowo - kąpielowe | 10 |  |  |  |  |
|  | Wózki inwalidzkie | 30 |  |  |  |  |
|  | Łóżko do masażu - elektryczne | 1 |  |  |  |  |
|  | Myjnia dezynfektor | 1 |  |  |  |  |
|  | Wózek inwalidzki leżakowy | 3 |  |  |  |  |
|  | Stojaki do kroplówek | 5 |  |  |  |  |
|  | Waga medyczna ze wzrostomierzem | 2 |  |  |  |  |
|  | Respiratory | 2 |  |  |  |  |
|  | Ssaki | 6 |  |  |  |  |
|  | Aparat EKG  | 1 |  |  |  |  |
|  | UGUL kabina + wyposażenie | 1kpl. |  |  |  |  |
|  | Lampa solux | 1 |  |  |  |  |
|  | Lampa biaptron | 1 |  |  |  |  |
|  | Aparat do elektroterapii ~~DUO 400~~ | 1 |  |  |  |  |
|  | Aparat do ultradźwięków ~~Pulson 400~~ | 1 |  |  |  |  |
|  | Aquavibron | 1kpl. |  |  |  |  |
|  | Macerator do niszczenia naczyń z pulpy celulozowej | 1 |  |  |  |  |
|  | Macerator do niszczenia pieluch jednorazowych | 1 |  |  |  |  |
|  | Zmywarka do naczyń | 2 |  |  |  |  |
|  | Switch | 2 |  |  |  |  |

 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **APARAT ULTRASONOGRAFICZNY szt.1** |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** |  **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane**  |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: |  |
|  | Jednostka wprowadzona do produkcji w 2022 r, aparat fabrycznie nowy, nie rekondycjonowany,, wersja oprogramowania min 2023, system operacyjny windows 10 lub nowszy |  |
|  | Poziom hałasu emitowanego przez ultrasonograf poniżej 35dB |  |
|  | Min. 12- bitowy przetwornik z systemem cyfrowego formownia wiązki ultradźwiękowej min 12 wiązek jednocześnie. Ponad 121 kanałów Tx/Rx, Liczba kanałów cyfrowych ponad 8 250 000,procesor min intel i5 2,5 GHz, karta graficzna min NIVIDA GeForce GTX 1650, Pamięć RAM 16 GB DDR4 SDRAM, 1x HDMI o rozdzielczości min 1920x1080 px |  |
|  | Aparat wyposażony w min 4 porty USB (min 2 w technologii 3.0), min 2 umiejscowione na pulpicie aparatu |  |
|  | Regulowany pulpit aparatu góra/dół w zakresie min 18 cm i obrót lewo/prawo min 30°. |  |
|  | Klawiatura alfanumeryczna wysuwana z pod panelu sterowania oraz dostępna na ekranie dotykowym w wersji cyfrowej  |  |
|  | Dynamika systemu min 370 dB |  |
|  | Aparat wyposażony w min 3 jednakowe gniazda do podłączenia głowic obrazowych (gniazda i konektory głowic-bezpinowe )  |  |
|  | Monitor kolorowy LED o przekątnej ekranu min 21,2” i rozdzielczości min. 1920 x1080 px, panel dotykowy pojemnościowy o przekątnej min 13,7”  |  |
|  | Możliwość osobnej regulacji obrazowania monitora (jasność/kontrast) bez wchodzenia w ustawienia systemowe ultrasonografu przy pomocy fizycznego joysticka umiejscowionego z tyłu monitora |  |
|  | Cyfrowe TGC min 9 stref, dostępne z poziomu panelu dotykowego (brak fizycznych suwaków) z możliwością zapamiętywania min 5 ustawień |  |
|  | Aparat wyposażony w fabrycznie wbudowany dysk SSD na system i bazę danych o pojemności powyżej 510 GB z możliwością rozbudowy o dodatkowy dysk SSD o pojemności powyżej 500 GB |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy ultrasonografu min 1-22 MHz (wyznaczony możliwymi do podłączenia głowicami dostępnymi w dniu składania oferty) |  |
|  | Możliwość zaprogramowania min. 3 funkcji (np print/send/saved) pod jednym wybranym klawiszem funkcyjnym |  |
| **Tryby Obrazowania** |
|  | Technologia obrazowania wieloczęstotliwościowego wykorzystująca sposób obrazowania na kilku częstotliwościach jednocześnie |  |
|  | Opcja pozwalająca na powiększenie obrazu USG na cały ekran dla trybów 2D, CW, PD oraz CD tak, aby obraz USG wypełniał więcej niż 80% powierzchni ekranu. |  |
|  | Tryby obrazowania:- 2D- M-Mode- Kolor M-mode- Doppler pulsacyjny i HPRF- Doppler kolorowy CD |  |
|  | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.* B, B + B, 4 B
* B + M
* B + D
* B + C (Color Doppler)
* B + PD (Power Doppler)
* 4 B (Color Doppler)
* 4 B (Power Doppler)
* B + Color + M
 |  |
|  | Oprogramowanie służące do szczegółowego obrazowania drobnych struktur (różniących się w niewielkim stopniu echogenicznością od otaczających tkanek), dający możliwość dokładnej wizualizacji włókien mięśniowych, przyczepów, ścięgien lub innych struktur anatomicznych. Dostępny na głowicach convex oraz linia |  |
|  | Funkcja obrazowania wykorzystująca pełne pasmo częstotliwości pracy głowicy (równoczesna praca na niskich, średnich jak i wysokich częstotliwościach) -możliwość włączenia i wyłączenia funkcji przy pomocy jednego przycisku. Technologia analogiczna do technologii HDR znanej z fotografii cyfrowej, służąca do znaczącej poprawy wizualizacji obszarów cienistych, badanych struktur takich jak głowa płodu (w 3 trymestrze) lub kręgosłup. |  |
|  | Wysokoczuły dwukierunkowy Power Doppler- przepływy oznaczone dwoma kolorami |  |
|  | Wielkość bramki Dopplerowskiej [mm] – min. 0,5 - 25,0 mm |  |
|  | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej za pomocą jednego przycisku w zakresie min +/-80° |  |
|  | Możliwość korekcji kąta bramki dopplerowskiej min +/-80° |  |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej min +/-30° |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera pulsacyjnego min 1,05 – 35 KHz |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego dla zerowego kąta min +/- 14 m/s |  |
|  | Prędkość odświeżania dla CD min.  620 klatek/sek. |  |
|  | Częstotliwość odświeżania obrazu (Frame rate) w 2D min 4870 Hz |  |
|  | Jednoczesna prezentacja 2D/Color Doppler i 2D  |  |
|  | Jednoczesna prezentacja 2D i M-Mode w różnych proporcjach |  |
|  | Głębokość obrazowania aparatu regulowana w zakresie min od 2 cm do 49,5 cm |  |
|  | Możliwość regulacji wielkości wyświetlanego obrazu diagnostycznego w czasie rzeczywistym bez użycia funkcji Zoom, możliwość regulacji wzmocnienia obrazu w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu min 25x |  |
|  | Ultrasonograf wyposażony w sztuczną inteligencję, uczący się poprawności wykonywania automatycznych obrysów narządów względem użytkownika |  |
|  | Automatyczne dopasowanie obrazu dla trybu 2D, Color Doppler, Pulse Wave Doppler (m.in. optymalizacja wzmocnienia na poszczególnych głębokościach, automatyczne ustawienie bramki Dopplera Kolorowego, Automatycznego pochylenia bramki Dopplera Kolorowego, Automatyczne ustawienie położenia i wielkości bramki Dopplera Pulsacyjnego – SV, automatyczne dopasowanie spektrum, korekcja kąta w Kolorowym Dopplerze) uruchamiana za pomocą jednego przycisku. |  |
|  | Obrazowanie w układzie wiązek ultradźwięków wysyłanych pod wieloma kątami i z różnymi częstotliwościami (tzw. skrzyżowane ultradźwięki) – min 7 kątów  |  |
|  | Opcja przestrzennej lokalizacji toru biopsyjnego, dla najdokładniejszej metody wykonywania biopsji |  |
|  | Oprogramowanie do badań min: brzusznych, ginekologicznych, mięśniowoszkieletowe, położnicze, pediatrycznych, małych narządów w tym piersi, transkranialne, urologicznych, naczyniowych,  |  |
|  | Automatyczne pomiary płodu min BPD, HC, AC, FL, NT, AFI, HUM |  |
|  | Pseudotrójwymiarowy tryb wizualizacji przepływu krwi, służący do intuicyjnej pomocy zrozumienia struktury przepływu krwi i małych naczyń krwionośnych |  |
|  | Możliwość stworzenia własnej formuły obliczeniowej |  |
|  | Oprogramowaie do wizualizacji bardzo wolnych i mikro przepływów, inny niż Power Doppler i Power Doppler kierunkowy, metoda dopplerowska - dostępna na zaoferowanej głowicy convex oraz liniowej |  |
|  | Funkcja powiększenia kursora pomiarowego na osobnym obrazie (wyświetlanym jednocześnie z obrazem emitowanym przez głowicę) |  |
|  | Pamięć dynamiczna cine min 85 000 obrazów |  |
| **Archiwizacja obrazów** |
|  | Videoprinter czarno biały do zdjęć i raportów |  |
|  | Możliwość ukrycia danych pacjenta przy archiwizacji na zewnętrzne nośniki  |  |
|  | Otwarty moduł komunikacji DICOM 3,0 do przesyłania obrazów i danych, min. klasy DICOM print, store, worklist |  |
|  | Rejestracja „klipów” sekwencji obrazów |  |
|  | Zapis obrazów w formatach: DICOM, JPG, BMP i TIFF oraz pętli obrazowych (AVI) w systemie aparatu z możliwością eksportu na zewnętrzne nośniki typu PenDrive |  |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps |  |
| **Głowice**  |
|  | **Głowica Liniowa,** szerokopasmowaZakres częstotliwości pracy 3-14 MHzLiczba elementów 256Pole skanowania 50 mmObrazowanie harmoniczne min 6 częstotliwościMożliwość zastosowania przystawki biopsyjnej |  |
|  | **Głowica Convex wykonana w technologii Single Crystal,** szerokopasmowaZakres częstotliwości pracy 1-7 MHzLiczba elementów 192Kąt skanowania min 90 stopniObrazowanie harmoniczne min 6 częstotliwości Możliwość zastosowania przystawki biopsyjnej (wielokrotnego użytku) Możliwość pracy z oprogramowaniem do kontrastów CEUS Możliwość pracy z elastografią typu SWE |  |
| **Możliwości rozbudowy**  |
|  | Opcja rozbudowy o funkcję informującą o postępie porodu dzięki automatycznemu pomiarowi Aop (kąt progresji) i kierunku głowy płodu.  |  |
|  |  Elastografia akustyczna (typu Shear Wave), moduł określający sztywność tkanek na podstawie analizy prędkości fali poprzecznej z regulacją pola analizy oraz prezentacją elastyczności tkanek za pomocą kolorów w czasie rzeczywistym - dostępne na sondach: convex, linia. Możliwość uzyskania wyników pomiarowych wyrażonych w kPa lub m/sek  |  |
|  | Oprogramowanie do badania piersi w trybie B-Mode, dające możliwość wykonania analizy morfologicznej z automatycznym oraz półautomatycznym obrysem ewentualnych zmian nowotworowych, możliwość klasyfikacji nowotworowej ze skalą BI-RADS (piersi) oraz szereg funkcjonalności m.in. do kilku proponowanych obrysów zmiany nowotworowej, uwidocznionych na panelu dotykowym oraz dedykowany raport z badania piersi dostępne 2 metody klasyfikacji piersi BI-RADS 2003/ BI-RADS 2013 |  |
|  | Pomiary Z-score |  |
|  |  Moduł Elastografii uciskowej (typu strain) obliczający i wyświetlający sztywność względną tkanki w czasie rzeczywistym. Funkcja posiadająca wskaźnik prawidłowej siły ucisku wyświetlany na ekranie. Możliwość wykonywania obliczeń odległości i powierzchni oraz oprogramowanie umożliwiające porównywanie elastyczności min. 2 miejsc – wyliczające parametr strain ratio. |  |
|  | Aplikacja dedykowana do analizy stopnia stłuszczenia wątroby metodą pomiaru atenuacji fali ultradźwiękowej oraz aplikacja dedykowana do pomiaru stopnia stłusczenia wątroby poprzez analizę stopnia rozproszenia wstecznego fali ultradźwiękowej przechodzącej przez badany obszar tkanki. |  |
|  |  Aplikacja do automatycznego wyliczania indexu wątrobowo-nerkowego do ilościowej oceny stłuszczenia wątroby poprzez porównanie echogeniczności miąższu wątroby z korą nerki (aparat w sposób automatyczny dokonuje analizy obrazu i wstawia markery pomiarowe w strukturę wątroby oraz nerki). |  |
|  | Opcja rozbudowy o funkcję do półautomatycznego pomiaru objętości kości ramienia lub uda z 3 punktów. |  |
|  | Opcja rozbudowy o oprogramowanie umożliwiające strumieniowe i sieciowe przesyłanie obrazów diagnostycznych wraz z dźwiękiem na komputery, tablety znajdujące się w innych placówkach w celu współpracy/konsultacji online. |  |
|  | Opcja rozbudowy o moduł umożliwiający bezprzewodowe przesyłanie obrazów na telefony i tablety za pomocą sieci WIFI z wykorzystaniem kodu QR |  |
|  | Opcja rozbudowy o funkcję automatycznego pomiaru kompleksu IMT |  |
|  | Opcja rozbudowy o funkcję oprogramowania do badania tarczycy w trybie B-Mode, dającą możliwość wykonania analizy morfologicznej z automatycznym oraz półautomatycznym obrysem ewentualnych zmian nowotworowych, możliwością klasyfikacji nowotworowej ze skalą TI-RADS (Tarczyca) oraz szereg funkcjonalności m.in. do kilku proponowanych obrysów zmiany nowotworowej, uwidocznionych na panelu dotykowym oraz dedykowany raport z tarczycy min 3 metody klasyfikacji tarczyc K-TIRADS, ATA, EU-TIRADS  |  |
|  | Opcja rozbudowy o oprogramowanie służące do wykonywania w sposób w pełni automatyczny pomiarów mięśnia sercowego w trybach 2D/ M-mode / PW/ CW oraz Dopplera tkankowego z użyciem EKG lub bez zapisu EKG, automatycznie wykrywającego fazę skurczu oraz rozkurczu. Oprogramowanie te ma w sposób automatyczny wykrywać przekrój anatomiczny serca i wybierać właściwy pomiar dla danego trybu pracy. Pomiary minimum: tryb B (LAX): IVSd, LVIDd, LVPWd, IVSs, LVIDs, LVPWs, RVIDd, Ao Diam, LA Diam; (A4C / A2C): LA Volume, LV Volume wraz z wyliczeniem frakcji wyrzutowej, dla trybu M: IVSd, LVIDd, LVPWd, IVSs, LVIDs, LVPWs; Ao Diam, LA Diam; dla trybów Dopplerowskich (CW/PW): RVOT, LVOT, MV, MR, AV, AR, PV, PR, dla Dopplera tkankowego E’, A’, S’. |  |
|  | Opcja rozbudowy o oprogramowanie do automatycznego wyznaczania frakcji wyrzutowej lewej komory z projekcji A2C oraz A4C, automatyczne rozpoznanie projekcji i wyznaczenie objętości LV dla skurczu i rozkurczu za pomocą jednego klikniecia. Analiza możliwa z sygnałem EKG oraz bez sygnału EKG |  |
|  | Opcja rozbudowy o software do automatycznej detekcji nerwów, kości, mięśni i naczyń w czasie rzeczywistym, każda ze struktur obrysowywana innym kolorem  |  |
|  | Opcja rozbudowy o obrazowanie panoramiczne z możliwością wykonania pomiarów |  |
|  | Opcja rozbudowy o oprogramowanie do kontrastów (CEUS) |  |
|  | Możliwość rozbudowy o automatyczne badanie według IOTA ADNEX |  |
| **Możliwe do podłączenia głowice na dzień składania ofert** |
|  | Głowica liniowa, szerokopasmowaZakres częstotliwości pracy 3-22MHzLiczba elementów min 192Pole skanowania max 26mmObrazowanie harmoniczne |  |
|  | Głowica microconvex, szerokopasmowaZakres częstotliwości pracy 3-12 MHzLiczba elementów 128Kąt skanowania 93 stopniObrazowanie harmoniczneMożliwość zastosowania przystawki biopsyjnej |  |
|  | Głowica kardiologiczna neonatologiczna, szerokopasmowa Zakres częstotliwości pracy 4-12 MHzLiczba elementów min 96Kąt skanowania min 90° |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE**  |
|  | Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia należy dostarczyć Zamawiającemu:* Instrukcje obsługi w języku polskim (1 egz. w formie papierowej, 1 egz. w formie elektronicznej
* paszport techniczny z wpisem o przeprowadzonej instalacji i uruchomieniu oraz datą następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok),
* kartę gwarancyjną,
* deklarację CE lub inny dokument dopuszczający przedmiot umowy do obrotu,
* instrukcje/zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji,
* niezbędną dokumentację zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, wykonania przeglądów, pomiarów bezpieczeństwa elektrycznego – jeśli dotyczy
* wykaz punktów serwisowych wraz z ustalonymi zasadami kontaktowania,
* wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji dla danego rodzaju urządzenia,
* trzy bezpłatne przeglądy techniczne w trakcie trwania gwarancji po 24 m-cach, po 24m-cach i po 36m-cach.
 |  |
|  | Autoryzacja producenta na sprzedaż oraz serwis na terenie Polski |  |
|  | Bezpłatne szkolenia personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego oraz szkolenie co najmniej czterech osób zakończone certyfikatem, |  |
| **POZOSTAŁE WYMAGANIA** |
|  | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia, usunięcie usterki w terminie max. do 5 dni roboczych. W przypadku braku możliwości naprawy w siedzibie zamawiającego aparat zastępczy na czas naprawy |  |
|  | Pełna gwarancja producenta na wszystkie oferowane urządzenia wchodzące w skład przedmiotu zamówienia łącznie z głowicami i oraz akcesoriami (poza materiałami zużywalnymi) liczona od dnia podpisania protokołu odbioru bez uwag min 36 miesięcy |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części zamiennych dla oferowanego aparatu min. 8 lat |  |
|  | Okres gwarancji wynosi 36 miesięcy na aparat, głowice oraz akcesoria. W trakcie trwania gwarancji trzy bezpłatne przeglądy w 12-tym, 24-tym i 36-tym miesiącu. |  |
|  | Bezpłatnie dostarczenie sprzętu wraz z wyposażeniem, termin dostawy od 2 do 6 tygodni od momentu zamówienia. |  |
|  | Bezpłatna konfiguracja systemów w celu uzyskania maksymalnej wydajności diagnostycznej. Bezpłatne szkolenia aplikacyjne na terenie ośrodka w zależności od potrzeb w ustalonych przez obie strony terminach |  |
|  | Bezpłatny up-grade systemów, aparat zastępczy na czas naprawy, możliwość wymiany systemów w przyszłości na nowocześniejszy na preferencyjnych warunkach |  |

|  |
| --- |
| **ŁÓŻKA szt.78** |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów)..** |
| **Parametry wymagane** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości.Powłoka lakiernicza zgodnie z normom EN ISO 10993-5:2009 lub równoważny potwierdzającym, że stosowana powłoka lakiernicza nie wywołuje zmian nowotworowych |  |
|  | Podstawa łóżka pantograf podpierająca leże w minimum 8 punktach, gwarantująca stabilność leża.Wszystkie przewody umieszczone w listwie stanowiącej tunel dla przewodów zasilających siłowniki. |  |
|  | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem a całym podwoziem wynosząca nie mniej niż 150 mm umożliwiająca łatwy przejazd przez progi, wjazd do dźwigów osobowych oraz możliwość podjechania podnośnikiem dla pacjentów. |  |
|  | Wymiary zewnętrzne łóżka:Długość całkowita: 2120 mm (± 30 mm) Szerokość całkowita wraz z zamontowanymi barierkami wynosi max 1000 mm (wymiar leża min. 870x2000) |  |
|  | Leże łóżka czterosegmentowe z czego min. 3 segmenty ruchome.  |  |
|  | Zasilanie elektryczne 220/230 VPrzewód zasilający skrętny wyposażony w tworzywowy uchwyt na kabel zasilający na czas transportu łóżka. |  |
|  | Rama leża wyposażona w gniazdo wyrównania potencjału. Łóżko przebadane pod kątem bezpieczeństwa elektrycznego wg normy PN EN 62353 – **dołączyć protokół z badań przy dostawie produktu.** |  |
|  | Elektryczne regulacje:- segment oparcia pleców 0-72° (± 2°) - segment uda 0-34° (± 2°),- kąt przechyłu Trendelenburga 0-17° (± 2°),- kąt przechyłu anty-Trendelenburga 0-17° (± 2°),- regulacja segmentu podudzia – ręczna mechanizmem zapadkowym. |  |
|  | Łóżko posiadające funkcję krzesła kardiologicznego uzyskiwaną na pilocie pacjenta jednym przyciskiem oraz funkcję CPR elektryczne poziomowanie leża pozycja do reanimacji pacjenta zaprogramowanym piktogramem w kolorze czerwonym lub pomarańczowym. |  |
|  | Łóżko posiadające automatyczne zatrzymanie w pozycji poziomej, łózko automatycznie zatrzymuje się w pozycji poziomej podczas zmiany przechyłów wzdłużnych. |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie:340mm do 820 mm (± 20 mm)  |  |
|  | Czas zmiany wysokości leża z pozycji minimalnej do maksymalnej max. 23 sekund. |  |
|  | Łóżko sterowane przewodowym pilotem z możliwością blokady funkcji przez personel medyczny za pomocą blokady magnetycznej. Pilot pracuje w 2 trybach, tryb pielęgniarski dostęp do funkcji ratunkowych CPR i pozycja antyszokowa. Pozycje dostępne w trybie pacjenta:Regulacja oparcia pleców, regulacja wysokości leża, regulacja segmentu uda. Dedykowany przycisk dla pozycji siedzącej (pozycja krzesła kardiologicznego). Dedykowany przycisk dla niskiej pozycji leża (tj. Pozycja do spania).  |  |
|  | Segment oparcia pleców z możliwością mechanicznego szybkiego poziomowania (CPR) – dźwignia umieszczona pod segmentem wezgłowia, oznaczona kolorem pomarańczowym.Dźwignia CPR umożliwiająca mechaniczne uniesienie segmentu pleców w przypadku braku zasilania (alternatywny napęd)Autokontur segmentu oparcia pleców i uda.Autoregresja segmentu oparcia pleców zapobiegająca przed zsuwaniem pacjenta. (Nie dopuszcza się łóżek posiadających autoregresję segmentu uda powodującą przesuwanie się pacjenta w kierunku szczytu nóg powodującą ryzyko powstawania odleżyn- także stóp)  |  |
|  | Leże wypełnione panelami z polipropylenu odpornego na działanie wysokiej temperatury, środków dezynfekujących oraz działanie promieni UV. Płyty odejmowane bez użycia narzędzi z otworami do montażu pasów unieruchamiających. |  |
|  | Szczyty łóżka wykonane z tworzywa z możliwością blokowania przed niezamierzonym wypadnięciem w czasie transportu za pomocą suwaków umieszczonych na ramie leża. Szczyty łatwo odejmowane, odporne na działanie wysokiej temperatury, uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV. Wykonane z polipropylenu o grubości ściany min. 4mm w technologii Rotomulding z kolorowymi wklejkami. |  |
|  | Barierka lakierowana proszkowo, wykonane z 3 profili stalowych owalnych o grubości min. 20mm składana wzdłuż ramy leża za pomocą jednego przycisku, Barierka pozbawiona ostrych krawędzi oraz miejsc gromadzenia się brudu. Spełniające normę bezpieczeństwa EN 60601-2-52  |  |
|  | Możliwość zamontowania po dwóch stronach łóżka uchwytów na worki urologiczne, worki umiejscowione na wysokości biodra. |  |
|  | W narożnikach łóżka 4 krążki stożkowe uniemożliwiające przypadkowe wyrwanie parapetów okiennych lub listew ściennych przy regulacji wysokości łóżka. Krążki odbojowe chroniące łóżko i ściany przed uderzeniami oraz otarciami. |  |
|  | Leże w części środkowej wyprofilowane w celu pełnienia funkcji uchwytu materaca. Nie dopuszcza się uchwytów materaca zlokalizowanych w segmencie nożnym leża powodujące urazy kończyn i otarć podczas opuszczania łóżka. |  |
|  | Podstawa łóżka jezdna wyposażona w antystatyczne koła o średnicy min. 125 mm, z centralną blokadą kół oraz blokadą kierunkową. |  |
|  | Bezpieczne obciążenie min. 250 kg  |  |
|  | Możliwość montażu ramy wyciągowej, wysięgnika z uchwytem do ręki i wieszaka kroplówki (możliwość zamontowania wieszaka w czterech narożnikach leża) |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów wypełnień min. 6 kolorów. |  |
|  | Elementy wyposażenia łóżek:Materac piankowy przeznaczony dla szpitali lub innych placówek medycznych o grubości min. 12 cm.Gęstość pianki min. T-40kg/m3, i twardości min. 4.0kPa. Osłona z zamkiem błyskawicznym z min. 2 stron (zapięcie w kształcie „L”), chroniąca cały materac, wykonana z włókna tekstylnego, pokrytego czystym przepuszczającym parę wodną poliuretanem, bez PVC. Osłona na materac odporna na przemakanie, zanieczyszczenia (wydaliny i wydzieliny organiczne), przenikanie mikroorganizmów, wytrzymała, elastyczna odporna na ścieranie. Łatwa do dezynfekcji i prania, nie zmieniająca swych parametrów pod wpływem środków chemicznych (wytrzymałość na alkohole, środki czyszczące, środki dezynfekcyjne, oleje i smary zawartość formaldehydu) i wysokie temperatury (pranie na gorąco 95 ° C, suszenie w bębnie – 100°C). Możliwość czyszczenia w komorach myjących (para-próżnia para) w temp. 100cm pokrowca). |  |
|  | * Deklaracja zgodności,
* WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych
* Certyfikat ISO 9001:2008 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami

Certyfikat ISO 13485:2012 lub równoważny   potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące  |  |
|  | dwa bezpłatne przeglądy techniczne w ciągu trwania gwarancji po 12m–cach i po 24 m-cach |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat |  |
|  | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat |  |
|  | Czas reakcji serwisu max. 72 godz. robocze. |  |
|  |
| **SZAFKA ~~SM-01~~ z blatem bocznym szt.78** |
| **Opis parametrów wymaganych** |  **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | konstrukcja szafki z blachy stalowej malowanej proszkowo |  |
|  | szafka wyposażona w cztery kółka o średnicy 50mm. z czego przynajmniej dwa z hamulcami |  |
|  | powierzchnia szafki odporna na działanie środków dezynfekcyjnych, |  |
|  | szafka wyposażona w szufladę na prowadnicach rolkowych, szuflada z wkładem z tworzywa oraz drzwiczki zamykane z zatrzaskiem magnetycznym, |  |
|  | blat szafki z płyty HPL |  |
|  | drzwi szafki i szuflady malowane w kolorach dopasowanych do blatów szafek do uzgodnienia |  |
|  | • Deklaracja zgodności, • WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych• Certyfikat ISO 9001:2008 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiamiCertyfikat ISO 13485:2012 lub równoważny potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące |  |

|  |
| --- |
| **KOZETKA szt.3** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | leżanka metalowa, pokrytej farbą proszkową, |  |
|  | leże dwusegmentowe tapicerowane zmywalne, odporne na działanie środków dezynfekcyjnych z możliwością regulacji kąta nachylenia zagłówka w zakresie 0-45 stopni |  |
|  | wyposażona w uchwyt na rolkę podkładu papierowego, |  |
|  | regulowane wezgłowie |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim (1 egz. w formie papierowej, 1 egz. w formie elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny z wpisem o przeprowadzonej instalacji i uruchomieniu oraz datą następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | kartę gwarancyjną, |  |
|  | deklarację CE lub inny dokument dopuszczający przedmiot umowy do obrotu, |  |
|  | instrukcje/zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji |  |
|  | niezbędną dokumentację zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, wykonania przeglądów, pomiarów bezpieczeństwa elektrycznego – jeśli dotyczy |  |
|  | wykaz punktów serwisowych wraz z ustalonymi zasadami kontaktowania |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji dla danego rodzaju urządzenia, |  |
|  | Autoryzacja producenta na sprzedaż oraz serwis na terenie Polski |  |
|  | Bezpłatne szkolenia personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego  |  |

|  |
| --- |
| **Zintegrowany zespół higieny pacjenta szt. 1** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane - wanna** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Urządzenie o wymiarach:długość – 2250 mm (+/- 20 mm)szerokość – 850 mm (+/- 20 mm) |  |
|  | Zakres podnoszenia min. 450 mm |  |
|  | Masa urządzenia max 220 kg |  |
|  | Pojemność max - 300 litrów  |  |
|  | Zasilanie –230V, 50 Hz |  |
|  | Urządzenie wolnostojące, instalowane bez potrzeby kotwiczenia lub fundamentowania przystosowana do współpracy z wózkiem |  |
|  | Instalacja hydromasażu podwodnego realizowanego przez min. 6 dysz na obwodzie wanny, z możliwością regulacji strumienia (siły i kierunku) |  |
|  | Masaż miejscowy wykonywany dyszą ręczną z możliwością pracy wspólnie z hydromasażem stacjonarnym lub osobno |  |
|  | Mieszalna bateria termostatyczna z prysznicem na przewodzie min. 2m |  |
|  | Miernik temperatury wody z wyświetlaczem cyfrowym |  |
|  | Pneumatyczny pilot na spiralnym przewodzie do sterowania funkcją „góra dół” |  |
|  | Zastawka ograniczająca zsuwanie się osoby korzystającej z kąpieli bezpośrednio w wannie |  |
|  | Oszczędny system dezynfekcji wanny i układu hydromasażu |  |
|  | Układ zasilania elektrycznego zabezpieczony wyłącznikiem różnicowo-prądowym 10 mA |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące |  |
|  | Czas reakcji serwisu max. 72 godziny robocze |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat |  |
|  | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat |  |
| **Parametry wymagane - Podnośnik** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Urządzenie o wymiarachdługość- 2000 mm (+/- 20 mm)szerokość – 750 mm (+/- 20 mm) |  |
|  | Zakres podnoszenia leżaka min. 450 mm  |  |
|  | Masa urządzenia – max 55kg |  |
|  | Max nośność min. 140 kg |  |
|  | Ustawienie skrajnych segmentów leżaka 0°, 30°, 45°, 60° |  |
|  | Symetryczna budowa umożliwiająca dostęp do pacjenta z dowolnej strony łóżka |  |
|  | Regulacja wysokości leżaka siłownikiem elektrycznym sterowanym pilotem  |  |
|  | Leżak z oparciem pod stopy |  |
|  | Dwa materacyki do przemiennego stosowania |  |
|  | Podgłówek |  |
|  | Dwa pasy do podtrzymywania pacjenta |  |
|  | Dwa koła z hamulcem |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat |  |
|  | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat |  |
|  | Czas reakcji serwisu max. 72 godziny robocze |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim (1 egz. w formie papierowej, 1 egz. w formie elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny z wpisem o przeprowadzonej instalacji i uruchomieniu oraz datą następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | dwa bezpłatne przeglądy techniczne w ciągu trwania gwarancji po 12m-cach i po 24 m-cach. |  |
|  | kartę gwarancyjną, |  |
|  | deklarację CE lub inny dokument dopuszczający przedmiot umowy do obrotu, |  |
|  | instrukcje/zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji |  |
|  | niezbędną dokumentację zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, wykonania przeglądów, pomiarów bezpieczeństwa elektrycznego – jeśli dotyczy |  |
|  | wykaz punktów serwisowych wraz z ustalonymi zasadami kontaktowania |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji dla danego rodzaju urządzenia, |  |
|  | Autoryzacja producenta na sprzedaż oraz serwis na terenie Polski |  |
|  | Bezpłatne szkolenia personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego  |  |

|  |
| --- |
| **Wózki toaletowo- kąpielowe szt.10** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | wózek na czterech kółkach z hamulcem |  |
|  | konstrukcja stalowa |  |
|  | siedzisko plastikowe |  |
|  | wyposażone w pojemnik sanitarny |  |
|  | ściągane podnóżki i odchylane podłokietniki. |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | kartę gwarancyjną, |  |
|  | deklarację CE lub inny dokument dopuszczający przedmiot umowy do obrotu, |  |
|  | niezbędną dokumentację zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, wykonania przeglądów, pomiarów bezpieczeństwa elektrycznego – jeśli dotyczy |  |
|  | instrukcje/zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji |  |

|  |
| --- |
| **Wózki inwalidzkie szt.30** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | rama stalowa lub aluminiowa |  |
|  | siedzisko z materiału z możliwością mycia i dezynfekcji (odporne na środki dezynfekcyjne). |  |
|  | odchylany i zdejmowany podłokietnik |  |
|  | uchylne i zdejmowane podnóżki |  |
|  | gumowe i pompowane koła |  |
|  | Gwarancja 24 m-ce |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | kartę gwarancyjną, |  |
|  | deklarację CE lub inny dokument dopuszczający przedmiot umowy do obrotu, |  |
|  | niezbędną dokumentację zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, wykonania przeglądów, pomiarów bezpieczeństwa elektrycznego – jeśli dotyczy |  |
|  | instrukcje/zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji |  |
|  |
| **Łóżko do masażu – elektryczne szt. 1** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | wysokość regulowana elektrycznie za pomocą pilota ręcznego |  |
|  | konstrukcja metalowa proszkowo malowana, |  |
|  | tapicerka z możliwością mycia i dezynfekcji (odporna na środki dezynfekcyjne), |  |
|  | regulacja kąta nachylenia nagłówka |  |
|  | GWARANCJA 24 m-ce |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | kartę gwarancyjną, |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim (1 egz. w formie papierowej, 1 egz. w formie elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny z wpisem o przeprowadzonej instalacji i uruchomieniu oraz datą następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | dwa bezpłatne przeglądy techniczne w ciągu trwania gwarancji po 12m–cach i po 24 m-cach |  |
|  | kartę gwarancyjną, |  |
|  | deklarację CE lub inny dokument dopuszczający przedmiot umowy do obrotu, |  |
|  | instrukcje/zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji |  |
|  | niezbędną dokumentację zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, wykonania przeglądów, pomiarów bezpieczeństwa elektrycznego – jeśli dotyczy |  |
|  | wykaz punktów serwisowych wraz z ustalonymi zasadami kontaktowania |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji dla danego rodzaju urządzenia, |  |
|  | Autoryzacja producenta na sprzedaż oraz serwis na terenie Polski |  |
|  | Bezpłatne szkolenia personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego |  |

|  |
| --- |
| **Myjnia dezynfektor szt.1** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Fabrycznie nowe urządzenie przeznaczone do opróżniania, mycia, dezynfekcji i suszenia basenów, kaczek, pojemników na mocz, misek do mycia chorych i innych szpitalnych naczyń sanitarnych, ładowana od frontu. |  |
|  | Model stojący na posadzce. Obudowa, komora myjąca, drzwi komory wykonane ze stali nierdzewnej PN EN 10088/1.4301 |  |
|  | Panel sterujący z przyciskami membranowymi umiejscowiony na frontowej ścianie urządzenia. Nie dopuszcza się przycisków wystających tzw. łokciowych. |  |
|  | Dezynfekcja termiczna zgodnie z normą PN EN ISO 15883-3.  |  |
|  | Możliwość ustawienia dezynfekcji termicznej na poziomie A0 3000 osiąganym w czasie 2.5 minuty |  |
|  | Temperatura dezynfekcji kontrolowana przez minimum dwa niezależne czujniki temperatury umieszczone na spodzie komory myjąco-dezynfekującej tj. zgodnie z PN EN ISO 15 883-3 w pozycji reprezentatywnej dla najniższej temperatury wsadu. |  |
|  | Odseparowany jeden zbiornik na wodę o poj. 10l, zintegrowany z wytwornicą pary z elementami grzejnymi znajdującymi się wewnątrz zbiornika w celu zagwarantowania jego termicznej dezynfekcji podczas każdego cyklu. Zbiornik wyposażony w regulację poziomu wody, opróżniany automatycznie po zakończeniu programu. |  |
|  | Komora myjąca ze stali nierdzewnej bez spoin i spawów z nachyleniem sufitu tworząca razem z lejem odpływowym jeden głęboko tłoczony zbiornik  |  |
|  | Minimalna pojemność komory dla uchwytu standardowego: 1 basen z pokrywką i 1 kaczka lub 3 kaczki.Możliwość szybkiej wymiany i stosowania uchwytów specjalistycznych  |  |
|  | Skuteczność usuwania spor Clostridium difficile bez zastosowania środka sporobójczego potwierdzona certyfikatem zewnętrznej instytucji. |  |
|  | Drzwi uchylne, na przedniej ścianie urządzenia, otwierane i zamykane ręcznie bez oporów przy zamykaniu i otwieraniu |  |
|  | System 13 dysz strumieniowych i rotacyjnych wykonanych z trwałego tworzywa sztucznego, odpornego na działanie środków chemicznych, zapewniający dużą efektywność czyszczenia, niezależnie od zmian ciśnienia wody zasilającej w tym teleskopowa dysza rotacyjna. Nie dopuszcza się ramion obrotowych. |  |
|  | Komora mycia wyposażona w uszczelkę z trwałego tworzywa sztucznego gwarantującą paroszczelność. Brak przecieków pary wodnej z urządzenia podczas procesu mycia, dezynfekcji termicznej oraz suszenia. |  |
|  | Wewnętrzna automatyczna dezynfekcja termiczna zbiornika na wodę, wszystkich rur doprowadzających wodę oraz dysz strumieniowych  |  |
|  | Orurowanie wykonane z tworzywa sztucznego odpornego na działanie środków nabłyszczająco-okamieniających różnych producentów |  |
|  | Mikrokomputerowe sterowanie, pracą urządzenia z możliwością rejestracji wyników na PC  |  |
|  | Ergonomiczny ekran wyświetlający wartość A0 podczas procesu dezynfekcji oraz informacje niezbędne do obsługi i kontroli urządzenia w języku polskim |  |
|  | Optyczne i akustyczne informacje o usterkach |  |
|  | Programy dla mniej i bardziej zabrudzonych przedmiotów, poddawanych procesowi mycia i dezynfekcji. Minimum 3 programy standardowe  |  |
|  | Efektywny proces płukania, mycia i dezynfekcji przy zastosowaniu wyłącznie jednego środka odkamieniająco-nabłyszczającego |  |
|  |  Wymiary zewnętrzne +/- 5%* Szerokość: 500 mm.
* Głębokość: 450 mm.
* Wysokość: 1730 mm
 |  |
|  | Urządzenie wyposażone w automatyczne, mechaniczne schładzanie i suszenie naczyń strumieniem powietrza, tzn. po zakończonym cyklu pracy naczynia sanitarne poddawane temu procesowi mają być schłodzone, suche, bez skroplin wody na powierzchni i wewnątrz naczyń tj. suszenie ma być zgodne z definicją suszenia określoną normą PN EN ISO 15883-1  |  |
|  | System odprowadzający parę do kanalizacji wspomagany nadmuchem powietrza. Nie dopuszcza się, aby para była uwalniana do otoczenia lub przestrzeni roboczej urządzenia |  |
|  | Maksymalne zużycie wody na cykl:* program oszczędny do 13 litrów
* program normalny do 20 litrów
* program intensywny do 25 litrów
 |  |
|  | Maksymalny poziom wytwarzanego hałasu. 50 dB  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w opcję przechodzenia na „stan czuwania” umożliwiający zmniejszenie zużycia energii |  |
|  | Zasilanie z 1-fazowej sieci elektroenergetycznej 230V 50Hz max 2.7 kW lub 3-fazowej sieci elektroenergetycznej 400 V 50 Hz max 4.6 kW. |  |
|  | Podłączenie zimnej i ciepłej wody ½ cala. Izolacja od sieci wodociągowej zgodnie z polską-europejską normą PN/EN 1717:2003  |  |
|  | Podłączenie odpływu ścienne lub podłogowe 100 Ǿ  |  |
|  | GWARANCJA 24m-ce |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą urządzenia). |  |
|  | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi  |  |
|  | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.)  |  |
|  | Zgodność z normą PN EN ISO 15883-1 i PN EN ISO 15883-3 potwierdzona certyfikatem zewnętrznej instytucji. |  |
|  | Zagwarantowana dostępność serwisu, części zamiennych przez 15 lat od daty zainstalowania. |  |
|  | Możliwość przeprowadzenia walidacji procesu dezynfekcji termicznej potwierdzonej wydrukiem |  |
|  | paszport techniczny z wpisem o przeprowadzonej instalacji i uruchomieniu oraz datą następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | Dwa bezpłatne przeglądy techniczne w ciągu trwania gwarancji po 12m–cach i po 24 m-cach |  |

|  |
| --- |
| **Wózek inwalidzki leżakowy szt. 3** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | wózek inwalidzki z rozkładanym oparciem |  |
|  | unoszone podnóżki |  |
|  | stabilizacja pleców i głowy, |  |
|  | Gwarancja 24m-ce |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | kartę gwarancyjną, |  |
|  | deklarację CE lub inny dokument dopuszczający przedmiot umowy do obrotu, |  |
|  | niezbędną dokumentację zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, |  |
|  | instrukcje/zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji |  |

|  |
| --- |
| **Stojak do kroplówek szt. 5** |
|  **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | konstrukcja metalowa lakierowana proszkowo |  |
|  | min.4 zawieszki |  |
|  | wysięgnik pokryty powłoką chromowo-niklową ze stali kwasoodpornej |  |
|  | stabilna podstawa na 5 kółkach (min dwa hamulce) |  |
|  | Gwarancja 24 m-ce |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | kartę gwarancyjną, |  |
|  | deklarację CE lub inny dokument dopuszczający przedmiot umowy do obrotu, |  |
|  | niezbędną dokumentację zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, |  |
|  | instrukcje/zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji |  |

|  |
| --- |
| **Waga medyczna ze wzrostomierzem szt.2** |
|  **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | Waga osobowa na kółkach ze wzrostomierzem teleskopowym z legalizacją |  |
|  | fabrycznie nowa  |  |
|  | klasa dokładności: III (3) |  |
|  | nośność: 200 kg |  |
|  | podziałka (g): 100 g < 150 kg > 200 g |  |
|  | zasilanie: baterie (w zestawie); zasilacz (w zestawie) |  |
|  | wzrostomierz o zakresie pomiaru: 60-200 cm i podziałce 1 mm |  |
|  | Waga netto: 6,3 kg |  |
|  | Funkcje: automatyczne wyłączanie, rolki transportowe, TARA, |  |
|  | HOLD, przełączanie zakresów ważenia, Body Mass Index |  |
|  | CE: CE 0109, 0123 |  |
|  | Gwarancja 24 m-ce |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | kartę gwarancyjną, |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim (1 egz. w formie papierowej, 1 egz. w formie elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny z wpisem o przeprowadzonej legalizacji oraz datą następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | deklarację CE lub inny dokument dopuszczający przedmiot umowy do obrotu, |  |
|  | instrukcje/zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji |  |
|  | niezbędną dokumentację zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, wykonania przeglądów, pomiarów bezpieczeństwa elektrycznego – jeśli dotyczy |  |
|  | wykaz punktów serwisowych wraz z ustalonymi zasadami kontaktowania |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji dla danego rodzaju urządzenia, |  |
|  | Autoryzacja producenta na sprzedaż oraz serwis na terenie Polski |  |
|  | Bezpłatne szkolenia personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego |  |

|  |
| --- |
| **Respirator szt. 2** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | respirator turbinowy do prowadzenia wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej w warunkach terapii domowej i szpitalnej |  |
|  | możliwość stosowania obwodów: jednorurowy przeciekowy, jednorurowy z zastawką, dwururowy |  |
|  | możliwość stosowania z obwodami o oddechowymi o średnicy: 10, 15 i 22 mm |  |
|  | aparat spełniający normy IEC: 60601-1, 60101-1-2, 60601-1-8, 60601-1-11, oraz ISO 10651-2, ISO10651-6 |  |
|  | aparat do wentylacji dorosłych i dzieci od wagi 5 kg |  |
|  | możliwość zaprogramowania minimum 4 programów terapeutycznych |  |
|  | waga aparatu bez dodatkowego wyposażenia poniżej 3.3 kg |  |
|  | wymiary max szer 290 x gł 220 x wys 95 mm |  |
|  | aparat wyposażony w kolorowy, dotykowy ekran o przekątnej min 7 cali. |  |
|  | łatwy dostęp do menu konfiguracji i ustawień, monitorowania, alarmów i informacji z poziomu monitora aparatu poprzez dotykowe przyciski |  |
|  | samoczynna blokada ekranu dotykowego |  |
|  | dwa poziomy dostępu do menu użytkownika: pacjenta (ograniczony) i kliniczny (pełny), |  |
|  | turbina o wysokiej zdolności kompensacji przecieków, wydajność min 220 l/min, |  |
|  | respirator przystosowany do pracy ciągłej |  |
|  | certyfikat możliwości użytkowania aparatu przez pacjenta w samolocie podczas podroży |  |
|  | Dostępne tryby pracy: z docelową objętością i ciśnieniem: |  |
| * CPAP
 |  |
| * S
 |  |
| * T
 |  |
| * ST
 |  |
| * PAC
 |  |
| * PC
 |  |
| * ACV
 |  |
| * CV
 |  |
| * PS z funkcją zapewnienia bezpiecznej objętości TV
 |  |
| * PACV z funkcją zapewnienia bezpiecznej objętości TV
 |  |
| * PCV
 |  |
| * P-SIMV
 |  |
| * V-SIMV
 |  |
| * iVAPS
 |  |
| * Możliwość ustawień wentylacji przez ustnik
 |  |
|  | regulowane wyzwalacze ciśnieniowy i objętościowy o regulacji min. 5 stopni |  |
|  | regulacja częstość oddechu w zakresie wył-80 odd/min, |  |
|  | Zakres generowanych ciśnień:IPAP: 2-50 mbar, EPAP: 0-20 mbar, CPAP: 3-20 mbar |  |
|  | objętość oddechowa nastawiana (Vt): 50 - 2500 ml, |  |
|  | automatyczny algorytm kompensujący zmienne przecieki: opisać, |  |
|  | możliwość zaprogramowania westchnięć, |  |
|  | możliwość włączenia wdechu manualnego |  |
|  | kontrola czas narastania ciśnienia wdechowego od Min do 900 ms |  |
|  | regulowany czas wdechu w zakresie min 0,2 do 5 sekund |  |
|  | regulowany wyzwalacz wydechu w zakresie 5% - 90% szczytowego przepływu |  |
| **MONITOROWANIE** |
|  | krzywe skalarne: ciśnienie i przepływ w czasie rzeczywistym, |  |
|  | graficzny wskaźnik ciśnienia aktualnego, PEEP/EPAP, średniego, |  |
|  | pomiar przecieków niezamierzonych |  |
|  | cyfrowy wskaźnik ciśnienia szczytowego |  |
|  | indeks dyszenia RSBI (f/Vt), |  |
|  | pomiar wskaźnika I:E |  |
|  | pomiar w % oddechów inicjowanych i kończonych przez pacjenta, |  |
|  | aparat wyposażony w funkcję testującą konfigurację obwodu oraz przecieki zamierzone |  |
|  | czytelny symbol wskazujący na rozpoczęcie i zakończenie wdechu przez pacjenta |  |
|  | zintegrowany pomiar stężenia O2 w układzie oddechowym wychodzącym do pacjenta |  |
|  | szczegółowe dane dotyczące pracy aparatu i wentylacji w ciągu ostatnich 7 dni dostępne na ekranie aparatu i do pobrania przy użyciu PC z zainstalowanym dedykowanym oprogramowaniem |  |
|  | dane sumaryczne dotyczące pracy aparatu i wentylacji za ostanie 365 dni dostępne na ekranie aparatu i do pobrania przy użyciu PC zainstalowanym dedykowanym oprogramowaniem |  |
|  | oprogramowanie do analizy danych dostępne dla użytkownika bezpłatnie. |  |
| **ALARMY:** |
|  | awarii zasilania |  |
|  | braku ładowania |  |
|  | krytycznego poziomu naładowania baterii wewnętrznej, |  |
|  | braku przejścia testu |  |
|  | niewłaściwej konfiguracji urządzenia (nieprawidłowa maska, adapter, obwód), |  |
|  | wysokiej nieszczelności |  |
|  | objętości oddechowej wdechowej i wydechowej (niska, wysoka), |  |
|  | wentylacji minutowej wdechowej i wydechowej (wysoka, niska), |  |
|  | wysokiego poziomu ciśnienia i/lub niedrożności, |  |
|  | niskiego poziomu ciśnienia, |  |
|  | niskiej i wysokiej częstości oddechowej, |  |
|  | bezdechu (z możliwością regulacji czasu reakcji), |  |
|  | niskiego i wysokiego poziomu FiO2, |  |
|  | niskiego i wysokiego PEEP, |  |
|  | niskiego poziomu naładowania baterii, |  |
|  | Alarm tolerancji rozłączenia układu w zakresie 5% - 95%. |  |
|  | alarmy o 3 priorytetach (wysoki, średni i niski),  |  |
|  | możliwość wyciszenia alarmów na 2 minuty, |  |
|  | alarm bezdechu z możliwością wyboru: tylko alarm lub alarm z wentylacją bezdechu |  |
|  | alarm bezdechu z możliwością wyboru: bezdech pacjenta lub każdy bezdech, |  |
|  | dostępny ekran z podglądem aktywnych alarmów, |  |
|  | zintegrowana litowo-jonowa bateria wewnętrzna umożliwiającą pracę respiratora przy w pełni naładowanej baterii przez co najmniej 8 godzin. Wskaźnik naładowania baterii na ekranie respiratora, |  |
|  | możliwość rozbudowy o zewnętrzne baterie do czasu zasilania min 24 godziny, |  |
|  | możliwości podłączenia nawilżacza z podgrzewaczem lub filtra typu HME, |  |
|  | głośność pracy respiratora - max 35dB. |  |
|  | Gwarancja min 2 lata |  |
|  | Serwis turbiny nie częściej niż 35 000 godzin pracy turbiny |  |
|  | Serwis wraz wymianą podzespołów zalecanych przez producenta o okresie trwania gwarancji w tym przegląd dwuletni z wymianą akumulatora. |  |
|  | Zestaw filtrów wlotowych powietrza na okres 2 lat dla każdego respiratora. |  |
|  | Po 24 obwody oddechowe jednoramienneh z zastawką na każdy respirator. |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | kartę gwarancyjną, |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim (1 egz. w formie papierowej, 1 egz. w formie elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny z wpisem o przeprowadzonej instalacji i uruchomieniu oraz datą następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | dwa bezpłatne przeglądy techniczne w ciągu trwania gwarancji po 12m–cach i po 24 m-cach |  |
|  | deklarację CE lub inny dokument dopuszczający przedmiot umowy do obrotu, |  |
|  | instrukcje/zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji |  |
|  | niezbędną dokumentację zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, wykonania przeglądów, pomiarów bezpieczeństwa elektrycznego – jeśli dotyczy |  |
|  | wykaz punktów serwisowych wraz z ustalonymi zasadami kontaktowania |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji dla danego rodzaju urządzenia, |  |
|  | Autoryzacja producenta na sprzedaż oraz serwis na terenie Polski |  |
|  | Bezpłatne szkolenia personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego |  |

|  |
| --- |
| **Ssaki szt.6** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane** |
|  | przepływ min. 29 l/min |  |
|  | wskaźnik stanu naładowania akumulatora LED umożliwiający ocenę stanu naładowania akumulatora podczas pracy we mgle |  |
|  | ssak wyposażony w manometr |  |
|  | nieskładany uchwyt umożliwiający bezpieczne przenoszenie ssaka, |  |
|  | zakres płynnej regulacji podciśnienia do -90 kPa |  |
|  | czas pracy na akumulatorze w najwyższym stopniu ssania w trybie ciągłym - min. 40 minut |  |
|  | zbiornik wielokrotnego użytku przeznaczonym do sterylizacji z zakręcaną pokrywą, filtrem antybakteryjnym, zaworem anty-przelewowym |  |
|  | akumulator litowo-jonowy z dokumentem potwierdzającym możliwość pełnego ładowania min. 500 cykli |  |
|  | czas ładowania akumulatora do 100%, gdy jest rozładowany - max. 3,5 godziny, |  |
|  | zbiornik wielokrotnego użytku niewymagający stosowania uszczelki z odkręcaną pokrywą |  |
|  | adapter oraz pojemnik umożliwiający zastosowanie wkładów jednorazowych, |  |
|  | ssak wyposażony w dodatkowy system filtrów przeciwdziałający dostawaniu się płynów do silnika, oprócz standardowe filtra hydrofobowego, |  |
|  | waga ssaka niższa niż 3,7 kg, |  |
|  | w zestawie dodatkowy pojemnik wielokrotnego użytku z możliwością sterylizacji |  |
|  | w zestawie uchwyt do systemu jednorazowych wkładów, do każdego ssaka 1 szt. |  |
|  | w zestawie pojemnik do systemu jednorazowych wkładów, do każdego ssaka 1 szt. |  |
|  | w zestawie wkład preżelowany o poj. 1000ml, do każdego ssaka 1 szt. |  |
|  | Gwarancja 24m-ce |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | kartę gwarancyjną, |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim (1 egz. w formie papierowej, 1 egz. w formie elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny z wpisem o przeprowadzonej instalacji i uruchomieniu oraz datą następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | dwa bezpłatne przeglądy techniczne w ciągu trwania gwarancji po 12m–cach i po 24 m-cach |  |
|  | deklarację CE lub inny dokument dopuszczający przedmiot umowy do obrotu, |  |
|  | instrukcje/zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji |  |
|  | niezbędną dokumentację zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, wykonania przeglądów, pomiarów bezpieczeństwa elektrycznego – jeśli dotyczy |  |
|  | wykaz punktów serwisowych wraz z ustalonymi zasadami kontaktowania |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji dla danego rodzaju urządzenia, |  |
|  | Autoryzacja producenta na sprzedaż oraz serwis na terenie Polski |  |
|  | Bezpłatne szkolenia personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego |  |

|  |
| --- |
| **Aparat EKG z wózkiem szt.1** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **Parametry wymagane** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | rejestracja odprowadzeń ekg: 12 standardowych |  |
|  | tryb wydruku: 1, 3, 6 lub 12 przebiegów ekg |  |
|  | drukowanie w układzie standardowym: 1, 3, 6 lub 12 kanałów |  |
|  | drukowanie w układzie cabrera: 3, 6 lub 12 kanałów |  |
|  | rodzaje badań: ręczne, auto, spiro, automatyczne do schowka, automanual, long |  |
|  | zapis automatyczny "do schowka": 12 odprowadzeń |  |
|  | długość zapisu badania automatycznego: od 6 do 30 sekund |  |
|  | zapis wsteczny: przy badaniu automatycznym do schowka i przy badaniu ręcznym |  |
|  | wydruk rytmu: przy badaniu auto |  |
|  | definiowalne etapy badania: przy badaniu automanual |  |
|  | zapis badania long: do pamięci od 1 minuty do 15 minut |  |
|  | szerokość papieru: 110 - 112 mm |  |
|  | ekran dotykowy min. 7cali |  |
|  | pamięć: 1000 pacjentów lub 1000 badań |  |
|  | ustawienia parametrów przebiegów: prędkość, czułość i intensywność wydruku |  |
|  | wydruk z bazy pacjentów: możliwość wydruku dodatkowych informacji o badaniu i pacjencie |  |
|  | klawiatura: membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi |  |
|  | przeglądanie na wyświetlaczu: zapisanych w pamięci badań, z możliwością zmiany ilości odprowadzeń, wzmocnienia i prędkości |  |
|  | elektrody przyssawkowe epp v.001 |  |
|  | elektrody kończynowe klipsowe ekk v.001 |  |
|  | kabel zasilający |  |
|  | kabel ekg kekg 30 v.001 |  |
|  | wózek medyczny do aparatu |  |
|  | gwarancja min 24 m-ce |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | kartę gwarancyjną, |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim (1 egz. w formie papierowej, 1 egz. w formie elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny z wpisem o przeprowadzonej instalacji i uruchomieniu oraz datą następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | dwa bezpłatne przeglądy techniczne w ciągu trwania gwarancji po 12m–cach i po 24 m-cach |  |
|  | deklarację CE lub inny dokument dopuszczający przedmiot umowy do obrotu, |  |
|  | instrukcje/zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji |  |
|  | niezbędną dokumentację zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, wykonania przeglądów, pomiarów bezpieczeństwa elektrycznego – jeśli dotyczy |  |
|  | wykaz punktów serwisowych wraz z ustalonymi zasadami kontaktowania |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji dla danego rodzaju urządzenia, |  |
|  | Autoryzacja producenta na sprzedaż oraz serwis na terenie Polski |  |
|  | Bezpłatne szkolenia personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego |  |

|  |
| --- |
| **UGUL kabina i wyposażenie szt.1** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| Kabina UGULz wyposażeniem podstawowym (standard) minimum: |
|  | ciężarki : 0,5kg., 1kg., 1,5kg., 2kg.,2,5kg., 3kg.,4kg., po 1szt. |  |
|  | esik metalowy, min. 30szt. |  |
|  | kamaszek skórzany do wyciągu, min 2szt. |  |
|  | mankiet nadgarstkowo-kostkowy, |  |
|  | mankiet udowy, |  |
|  | pas do stabilizacji ud i kręgosłupa, |  |
|  | pas do wyciągu na miednice, |  |
|  | pętla Glissona z orczykiem |  |
|  | podwieszka dwustawowa ze skóry, min. 4szt. |  |
|  | podwieszka klatki piersiowej, |  |
|  | podwieszka pod miednicę, |  |
|  | podwieszka pod głowę, |  |
|  | podwieszka ramienna, min. 2szt. |  |
|  | podwieszka udowa, min. 2szt |  |
|  | podwieszka kolanowa, min. 2szt. |  |
|  | uchwyt metalowy na linkę min. 2szt., |  |
|  | linka do podwieszeń i ćwiczeń w obciążeniu 120cm., 160cm po 6szt. |  |
|  | linka z bloczkami do ćwiczeń z obciążeniem 350cm. 2szt |  |
|  | linka do ćwiczeń samowspomaganych dł. 225cm. 1szt. |  |
|  | GWARANCJA 24m-ce. |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | deklarację CE lub inny dokument dopuszczający przedmiot umowy do obrotu, |  |
|  | instrukcje/zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji |  |
|  | niezbędną dokumentację zawierającą zalecenia dotyczące konserwacji, wykonania przeglądów, pomiarów bezpieczeństwa elektrycznego – jeśli dotyczy |  |

|  |
| --- |
| **Lampa SOLUX szt.1** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | lampa do naświetlen światłem podczerwonym Lumina typ SOLUX V5.0, statyw z podstawą wyposażoną w kółka podstawa stoł |  |
|  | wysokość urządzenia na statywie min. min. 1,2 m, maks 1,9 m |  |
|  | wymiar podstawy statywu S x G. maks. 0,5 x 0,6 m |  |
|  | wymiary podstawy stołowej (bez lampy) S x G x W 30,0 x 31,5 x 6,0 cm |  |
|  | wymiary podstawy stołowej z lampą S x G x W 30,0 x 39,0 x 41,0 cm |  |
|  | masa statywu z lampą 13,7 kg (z żarówką i filtrem) |  |
|  | masa podstawy stołowej z lampą 5,5 kg (z żarówką i filtrem) |  |
|  | zasilanie 230 V, 50/60 Hz" |  |
|  | GWARANCJA 24m-ce.  |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie rzeczpospolitej polskiej, deklaracja zgodności, certyfikat CE |  |
|  | wpis lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych, |  |
|  | zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji, |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji, |  |
|  | instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny sprzętu z datą instalacji oraz następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | dwa bezpłatne przeglądy techniczne w okresie trwania gwarancji po 12m-cachi po 24m-cach. |  |
|  | wszelkie inne dokumenty dołączone przez producenta do sprzętu lub których dołączenie do sprzętu jest niezbędne w świetle powszechnie obowiązujących przepisów |  |

|  |
| --- |
| **Lampa BIOPTRON szt.1** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | lampa do naświetlen BIOPTRON Medall ze statywem, Średnica lampy wynosi min. 5 cm,  |  |
|  | długość fali 480 - 3400 nm, |  |
|  | stopień polaryzacji >95% (590 - 1550 nm), |  |
|  | średnia jednostkowa gęstość mocy śr. 40 mW/cm2 |  |
|  | średnia energia światła na minutę śr. 2.4 J/cm2, |  |
|  | natężenie światła min. 10.000 lux, |  |
|  | oznakowanie CE CE0197, |  |
|  | zużycie energii w trybie uśpienia ? 0.3 W, |  |
|  | zasilanie 100-240 V~ 50/60 Hz, |  |
|  | pobór mocy 28-32 [W], |  |
|  | moc (źródło światła) 20 W, |  |
|  | średnica filtra (okularu) ok. 5 cm, |  |
|  | zabezpieczenie przed przegrzaniem  |  |
|  | klasa bezpieczeństwa IIa IP20, |  |
|  | przewód sieciowy odłączalny |  |
|  | wyświetlacz Tak – cyfrowy |  |
|  | ustawienie czasu naświetlania/terapii |  |
|  | temperatura pracy podczas użycia: od +10°C do +30°C; podczas przechowywania: od 0°C do +40°C |  |
| **WYPOSAŻENIE:** |
|  | statyw podłogowy, |  |
|  | etui / walizka do przechowywania urządzenia, |  |
|  | przewód siesiowy (odłączalny), |  |
|  | opaska ochronna na oczy dla niemowląt, |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie rzeczpospolitej polskiej, deklaracja zgodności, certyfikat CE |  |
|  | wpis lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych, |  |
|  | zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji, |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji, |  |
|  | instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny sprzętu z datą instalacji oraz następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | dwa bezpłatne przeglądy techniczne w okresie trwania gwarancji po 12m-cachi po 24m-cach. |  |
|  | wszelkie inne dokumenty dołączone przez producenta do sprzętu lub których dołączenie do sprzętu jest niezbędne w świetle powszechnie obowiązujących przepisów |  |

|  |
| --- |
| **Aparat do elektroterapii ~~DUO 400~~ szt.1** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | ~~DUO 400~~ **Aparat** dwukanałowy aparat do elektroterapii, |  |
|  | 2 niezależne kanały umożliwiające jednoczesne leczenie 2 pacjentów |  |
|  | 2 oddzielne regulatory natężenia, |  |
|  | tryb prądu stałego (CC) i tryb stałego napięcia (CV), |  |
|  | pamięć zabiegowa z wbudowanymi protokołami leczniczymi (137 celów, 145 wskazań, 48 programów zabiegowych), |  |
|  | 9 programów diagnostycznych (krzywa I/t, reobaza, chronaksja), |  |
|  | kolorowy, dotykowy wyświetlacz TFT, o przekątnej 10,4” (SVGA: 800 x 600 px |  |
|  | obrazy 3D ułatwiające prawidłowe umieszczenie elektrod, |  |
|  | czytelne menu: klawisze bezpośredniego dostępu umożliwiające wybór pożądanego typu zabiegu z menu poprzez wybór z listy celów terapeutycznych, z listy wskazań lub poprzez wybór konkretnego numeru programu, |  |
|  | 500 wolnych miejsc w pamięci (własny program / ulubione / wyniki diagnostyczne), |  |
|  | biblioteka anatomiczna (118 obszarów ciała), |  |
|  | pomoc i ekrany informacyjne, |  |
|  | port USB do aktualizacji protokołów, |  |
|  | możliwość indywidualizacji interfejsu użytkownika. |  |
| **AKCESORIA** |
|  | kable do elektrod (2 szt.),  |  |
|  | elektrody gumowe 6 x 8 cm (4 szt.), |  |
|  | torebki wiskozowe 6 x 8 cm (4 szt.), |  |
|  | pasy mocujące 5 x 60 cm (4 szt.), |  |
|  | skala VAS, |  |
|  | rysik do ekranu dotykowego, |  |
|  | złącze do testowania. |  |
| **DOKUMENTY** **WYMAGANE**: |
|  | dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie rzeczpospolitej polskiej, deklaracja zgodności, certyfikat CE |  |
|  | wpis lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych, |  |
|  | zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji, |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji, |  |
|  | instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny sprzętu z datą instalacji oraz następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | dwa bezpłatne przeglądy techniczne w okresie trwania gwarancji po 12m-cachi po 24m-cach. |  |
|  | wszelkie inne dokumenty dołączone przez producenta do sprzętu lub których dołączenie do sprzętu jest niezbędne w świetle powszechnie obowiązujących przepisów |  |

|  |
| --- |
| **Aparat do ultradźwięków ~~PULSON 400~~ szt.1** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:Rok produkcji: 2024 |  |
|  | 2-kanałowy aparat do terapii ultradźwiękowej i fonoforezy, |  |
|  | 2 oddzielne regulatory natężenia, |  |
|  | port USB do aktualizacji protokołów, |  |
|  | wbudowane protokoły lecznicze, |  |
|  | wbudowany program ułatwiający wykonywanie zabiegów fonoforezy, |  |
|  | wbudowany program diagnostyczny, |  |
|  | czytelne menu: klawisze bezpośredniego dostępu umożliwiające wybór pożądanego typu zabiegu z menu poprzez wybór z listy celów terapeutycznych, z listy wskazań lub poprzez wybór konkretnego numeru programu, |  |
|  | wolne miejsca w pamięci (własny program / ulubione / wyniki diagnostyczne), |  |
|  | zintegrowana lista przeciwwskazań, |  |
|  | biblioteka anatomiczna pozwalająca na dobór zabiegu poprzez wskazanie części ciała podlegającej rehabilitacji |  |
|  | kolorowy, dotykowy wyświetlacz TFT, o przekąt. 10,4” (SVGA: 800 x 600 px), |  |
|  | system GTS 2, |  |
|  | pomoc i ekrany informacyjne, |  |
|  | max. pobór mocy: 100VA |  |
|  | napięcia sieciowe: 100-240-VAC, 50/60Hz +/- 10% |  |
|  | wymiary (wys. x szer. x gł.) [mm]: 260 x 360 x 285, |  |
|  | waga [kg]: ok 7,8 kg, |  |
|  | głowica ultradźwiękowa 4 cm2 (1 i 3 MHz), |  |
|  | głowica ultradźwiękowa 1 cm2 (1 i 3 MHz), |  |
|  | skala VA, |  |
|  | rysik do ekranu dotykowego, |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą urządzenia). |  |
|  | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE zgodny z normami krajowymi i europejskimi  |  |
|  | Deklaracja zgodności, dokument potwierdzający, iż przedmiot zamówienia został sklasyfikowany jako wyrób medyczny i znajduje się w bazie danych, wyrobów medycznych o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U z 2010r. Nr 107 poz. 679 ze zm.)  |  |
|  | zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji,  |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji, |  |
|  | paszport techniczny sprzętu z datą instalacji oraz następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
| 29 | wszelkie inne dokumenty dołączone przez producenta do sprzętu lub których dołączenie do sprzętu jest niezbędne w świetle powszechnie obowiązujących przepisów. |  |
| 30 | GWARANCJA 24m-ce |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie rzeczpospolitej polskiej, deklaracja zgodności, certyfikat CE |  |
|  | paszport techniczny wraz ze wpisem instalacji i pełną datą kolejnego przeglądu |  |
|  | wpis lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych, |  |
|  | zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji, |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji, |  |
|  | instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny sprzętu z datą instalacji oraz następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | dwa bezpłatne przeglądy techniczne w okresie trwania gwarancji po 12m-cachi po 24m-cach. |  |
|  | wszelkie inne dokumenty dołączone przez producenta do sprzętu lub których dołączenie do sprzętu jest niezbędne w świetle powszechnie obowiązujących przepisów |  |

|  |
| --- |
| **Aquavibrom szt.1** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
|  | aparat do masażu leczniczego wodnego (wibracyjnego) w zestawie min. 15 różnych membran |  |
|  | dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie rzeczpospolitej polskiej, deklaracja zgodności, certyfikat CE |  |

|  |
| --- |
| **Macerator do niszczenia naczyń z pulpy celulozowej szt.1** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
|  | - macerator przeznaczony do utylizacji naczyń jednorazowego użytku wykonanych ze specjalnie przetworzonej pulpy papierowej kaczek, basenów itp. |  |
|  | wydajność min. 4 naczyń jednorazowe typu kaczka, basen na 1 cykl, |  |
|  | czas trwania standardowego cyklu < 90 sekund |  |
|  | zużycie wody na w cyklu standardowym max. 17l/cykl |  |
|  | Wydajna maceracja min. 1500rpm. oraz informacja o aktualnej prędkości obrotu na wyświetlaczu – wbudowany czujnik prędkości, |  |
|  | zasilanie 230V |  |
|  | moc silnika max. 600W, moc pompy wody max. 125W |  |
|  | zużycie energii 0,01 kWh/cykl |  |
|  | odpływ kanalizacyjny 50 mm, doprowadzenie wody zimnej ¾”, wymagane natężenie przepływu wody min. 5,5l/min |  |
|  | wymiary urządzenia w mm (szerokość x wysokość x głębokość): 411 mm x 908 mm (1218mm otwarta pokrywa) x 524 mm (tolerancja +/- 10 mm), |  |
|  | waga urządzenia: bez ładunku i z pustym zbiornikiem wody max. 85 kg, |  |
|  | obudowa: konstrukcja ze stali nierdzewnej z górną pokrywą i przednią obudową wykonaną z wysokiej jakości tworzywa |  |
|  | antybakteryjna powłoka uniemożliwiająca namnażanie się bakterii na pokrywie i przedniej obudowie urządzenia - dożywotnia ochrona przed rozwojem bakterii, |  |
|  | urządzenie wyposażone w uszczelkę zamontowaną na pokrywie zapewniającą szczelność oraz czystość komory podczas pracy, |  |
|  | bezdotykowa obsługa, |  |
|  | funkcja „auto-start” – automatyczne uruchamianie urządzenia po zamknięciu pokrywy |  |
|  | mechanizm ryglujący z automatyczną funkcją dociągu pokrywy |  |
|  | komunikaty dźwiękowe i świetlne informujące o niewłaściwej obsłudze |  |
|  | zabezpieczenie przed przytrzaśnięciem dłoni operatora |  |
|  | wielokolorowa dioda LED informująca o stanie gotowości urządzenia do pracy |  |
|  | wyświetlacz OLED z regulacją intensywności podświetlenia informujący o dacie, godzinie, aktualnym programie, usterkach i fazie cyklu.  |  |
|  | komunikaty graficzne i tekstowe, |  |
|  | Urządzenie wyposażone w czujniki: - niedrożności odpływu - niskiego poziomu wody - zaistniałych usterek - prędkości wirnika - usterki mechanicznej - otwarcia pokrywy |  |
|  | - konfigurowalne zużycie wody (17 l – 23 l) / czasu (82-114s) cyklu bezpośrednio w panelu sterowania na górnej pokrywie, |  |
|  | min. 3 fabrycznie wbudowane programy. Możliwość wyboru programu z panelu sterowania /menu serwisowego |  |
|  | archiwizacja danych – możliwość przejrzenia błędów (daty, godziny wystąpienia błędu), ilości cykli |  |
|  | możliwość resetowania urządzenia bezpośrednio z panelu sterowania umiejscowionego na górnej pokrywie |  |
|  | możliwość ustawienia trybu higienicznego – przepłukiwania urządzenia zgodnie z ustawionym harmonogramem w momentach dłuższego przestoju |  |
|  | możliwość uruchomienia trybu serwisowego pozwalającego serwisantowi sprawdzenie kluczowych funkcji |  |
|  | dozownik płynu antybakteryjno – dezodoryzującego z możliwością regulacji częstotliwości dozowania płynu z poziomu panelu sterowania na pokrywie urządzenia - zużycie środka max. 1 ml/cykl, |  |
|  | komora oraz głowice tnące wykonane z wysokiej jakości stali nierdzewnej |  |
|  | ślimakowe oraz bezkolizyjne odprowadzenie zmacerowanego ścieku do syfonu w celu powolnego i równomiernego odprowadzania ścieku dla zachowania najlepszej drożności odpływu, min. 10 otworów odpływowych dla równomiernego oraz powolnego odprowadzania ścieku, |  |
|  | możliwość stosowania naczyń różnych producentów |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji, |  |
|  | autoryzowany serwis na terenie Polski |  |
|  | gwarancja min. 24 m-ce |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie rzeczpospolitej polskiej, deklaracja zgodności, certyfikat CE |  |
|  | paszport techniczny wraz ze wpisem instalacji i pełną datą kolejnego przeglądu |  |
|  | wpis lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych, |  |
|  | zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji, |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji, |  |
|  | instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny sprzętu z datą instalacji oraz następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | dwa bezpłatne przeglądy techniczne w okresie trwania gwarancji po 12m-cachi po 24m-cach |  |
|  | wszelkie inne dokumenty dołączone przez producenta do sprzętu lub których dołączenie do sprzętu jest niezbędne w świetle powszechnie obowiązujących przepisów |  |

|  |
| --- |
| **Macerator do niszczenia pieluch jednorazowych szt.1** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
|  | - macerator przeznaczony do utylizacji pieluch biodegradowalnych i innych wkładów higienicznych, |  |
|  |  ładowność: 4 kg – 2 duże pieluchy lub 4 małe pieluchy dziecięce |  |
|  | zasilanie 400V, moc silnika max. 1300W, moc pompy wody max. 125W, zużycie energii 0,02 kWh/cykl, |  |
|  | doprowadzenie wody zimnej ¾”, odpływ kanalizacyjny 50mm, wymagane natężenie przepływu wody min. 5,5l/min, |  |
|  | wymiary urządzenia w mm (szerokość x wysokość x głębokość): 430 mm x 940 mm (1310 mm otwarta pokrywa) x 620 mm (tolerancja +/- 10 mm), |  |
|  | zużycie wody max 30l.  |  |
|  | waga urządzenia: bez ładunku i z pustym zbiornikiem wody max. 104 kg |  |
|  | uszczelka pod całą powierzchnią podstawy zapobiegająca przedostawaniu się zanieczyszczeń i wilgoci oraz zwiększająca amortyzację, wyciszenie |  |
|  | zbiornik wodny umieszczony w urządzeniu z każdej strony obudowany stalą nierdzewną |  |
|  | antybakteryjna powłoka z technologią srebra uniemożliwiająca namnażanie się bakterii na pokrywie i przedniej obudowie urządzenia - dożywotnia ochrona przed rozwojem bakterii |  |
|  | bezdotykowa obsługa |  |
|  | wielokolorowa dioda LED informująca o stanie gotowości urządzenia do pracy |  |
|  | wyświetlacz z regulacją intensywności podświetlenia informujący o dacie, godzinie, aktualnym programie, usterkach i fazie cyklu. Komunikaty graficzne i tekstowe |  |
|  | Urządzenie wyposażone w czujniki: - niedrożności odpływu - niskiego poziomu wody - zaistniałych usterek - prędkości wirnika - usterki mechanicznej - otwarcia pokrywy- dozownik płynu antybakteryjno – dezodoryzującego, |  |
|  | komora wykonana z wysokiej jakości stali nierdzewnej |  |
|  | ochrona przed przeciążeniem |  |
|  | ~~możliwość stosowania naczyń różnych producentów~~ |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji |  |
|  | aktualny dokument dopuszczający do obrotu - należy dołączyć do oferty |  |
|  | autoryzowany serwis na terenie Polski |  |
|  | gwarancja min. 24 m-ce |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie rzeczpospolitej polskiej, deklaracja zgodności, certyfikat CE |  |
|  | paszport techniczny wraz ze wpisem instalacji i pełną datą kolejnego przeglądu, |  |
|  | wpis lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych, |  |
|  | zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji, |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji, |  |
|  | instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny sprzętu z datą instalacji oraz następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | dwa bezpłatne przeglądy techniczne w okresie trwania gwarancji po 12m-cachi po 24m-cach |  |
|  | wszelkie inne dokumenty dołączone przez producenta do sprzętu lub których dołączenie do sprzętu jest niezbędne w świetle powszechnie obowiązujących przepisów |  |

|  |
| --- |
| **Zmywarka do naczyń + zmiękczacz do wody automatyczny szt.2** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
|  |  profesjonalna zmywarka z funkcją wyparzania |  |
|  | dozownik płynu myjącego, |  |
|  | pompa zrzutowa i pompa wspomagająca płukanie |  |
|  | sterownie elektromechaniczne |  |
|  | czytelne i trwałe oznakowanie na panelu sterowania / odpowiednio pochylony panel zapewniający komfort pracy |  |
|  | ergonomiczny uchwyt |  |
|  | przystosowana do mycia talerzy, szkła, tac i pojemników GN 1/1 |  |
|  | maksymalna wysokość mytego naczynia 320 mm |  |
|  | precyzyjny jelitkowy dozownik płynu myjącego i nabłyszczającego |  |
|  | cykl mycia 120 s lub 180 s |  |
|  | wydajność koszy na godzinę - 30/h; 24/h |  |
|  | kontrolki temperatury pracy bojlera i komory |  |
|  | 2 pary ramion myjąco-płuczących (góra/dół) |  |
|  | zużycie wody 2,5 l/cykl |  |
|  | moc grzałki komory - 2 kW |  |
|  | moc grzałki bijlera - 3 kW lub 4,5 kW |  |
|  | w komplecie 3 kosze: do talerzy, uniwersalny, do szkła oraz pojemnik na sztućce |  |
|  | uniwersalny system zasilania umożliwiający konfigurację napięcia zasilającego 230 lub 400V |  |
|  | opcjonalnie możliwość zastosowania filtra powierzchniowego |  |
|  | urządzenie powinno posiadać zamontowany uzdatniacz/ zmiękczacz wody, w celu ochrony przed osadzaniem się kamienia i uzyskania optymalnej jakości myciaMoc elektryczna: 3.4/4.9 kW • moc zainstalowana: 5.5/7.0 kW • materiał wykonania: stal nierdzewna • szerokość - W: 565 mm • głębokość - D: 680 mm • wysokość - H: 835 mm |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji |  |
|  | gwarancja min. 24 m-ce |  |
| **DOKUMENTY WYMAGANE:** |
|  | dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie rzeczpospolitej polskiej, deklaracja zgodności, certyfikat CE |  |
|  | paszport techniczny wraz ze wpisem instalacji i pełną datą kolejnego przeglądu, |  |
|  | wpis lub zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych, |  |
|  | zalecenia dotyczące mycia i dezynfekcji, |  |
|  | wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji, |  |
|  | instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej |  |
|  | paszport techniczny sprzętu z datą instalacji oraz następnego przeglądu (dzień, miesiąc, rok), |  |
|  | wszelkie inne dokumenty dołączone przez producenta do sprzętu lub których dołączenie do sprzętu jest niezbędne w świetle powszechnie obowiązujących przepisów |  |

|  |
| --- |
| **Switch szt.2** |
| **Opis parametrów wymaganych** | **w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne potwierdzić zapisem „TAK " lub w przypadku różnic opisać oferowany parametr (parametry oferowane nie mogą być gorsze od wymaganych parametrów).** |
| **PARAMETRY WYMAGANE** |
| port Min. 48 port + 4 SFP+ |  |
| POE 48 port |  |
| tryb zdalny |  |
| Konfiguracja sieci/ sieci VLAN |  |
| Kontrola 802.1X i RADIUS VLAN |  |
| Podstawowe przełączania Ethernet RJ-45 porty typ Gigabit Ethernet (10/100/1000) |  |
| układ Min. 1U |  |
| zasilacz |  |
| Zakres temperatur (eksploatacja) Min. -5 – 40 |  |
| Zakres wilgotności względnej Min. 10 – 90 |  |
| Automatyczne wykrywanie |  |
| Liczba zainstalowanych modułów SFP+ 4 - Min 4 porty |  |
| Możliwości montowania w szafie RACK |  |
| PoE 802.3af (PSE) do 15.4W |  |
| PoE+ 802.3at (PSE) do 30W |  |
| Zasilanie 230 V, AC/DC, Internal |  |
| Łączność światłowodowa |  |
| Statusy LED |  |
| Wsparcie techniczne w języku polskim, instrukcja obsługi w języku polskim lub z tłumaczeniem na język polski |  |
| wraz z dostawą Wykonawca złoży materiały/ foldery producenta/ dystrybutora potwierdzające parametry i funkcje wymagane w opisie przedmiotu zamówienia |  |
| **GWARANCJA 24m-ce** |  |

*Wykonawca zobowiązany jest do wypełnienia tabeli.*

**Oświadczam(y), że podane parametry odpowiadają wymogom SWZ.**

**Brak zgodność z którymkolwiek parametrem bezwzględnie wymaganym powoduje odrzucenie oferty.**

**Podpis składany jest w formie elektronicznej zgodnie z Rozdziałem 12 SWZ przez osobę upoważnioną do reprezentacji składającego oświadczenie**