**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**52/DEG/WK/2024**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII i Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ..................................................................................

**CZĘŚĆ 1 – Inhalator pneumatyczny- 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis parametru*** | ***Parametr wymagany***  ***(podać zakres lub opisać)*** | ***Opis parametrów i warunków ofertowanych (wypełnia Wykonawca)*** |
|  | Producent, model, kraj produkcji | podać |  |
|  | Wymiary | 345x237x130 mm |  |
|  | Masa | 6- 6,5 kg |  |
|  | Klasa ochronności | I |  |
|  | Poziom hałasu | <69 dB |  |
|  | Praca ciągła | TAK |  |
|  | Wydajność sprężarki | 15,5l/min- 16 l min |  |
|  | Częstotliwość wibracji | 100±3Hz |  |
|  | Ciśnienie | max 3,2 bar |  |
|  | Pojemność zbiornika głowicy RF4 | Max 7 ml |  |
|  | Programowanie czasu inhalacji | TAK |  |
|  | Pobór mocy | Max 100 VA |  |
|  | Zasilanie | AC 230 V, 50 Hz |  |
|  | Ekran dotykowy | TAK |  |
|  | Gwarancja i serwis | Min. 24 miesiące |  |
|  | Wykonawca dostarczy wraz z inhalatorem 500 szt. jednorazowych zestawów do inhalacji kompatybilnych z urządzeniem | TAK |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**52/DEG/WK/2024**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII i Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

**CZĘŚĆ 2 – Elektroniczna szpitalna waga medyczna- 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis parametru*** | ***Parametr wymagany***  ***(podać zakres lub opisać)*** | ***Opis parametrów i warunków ofertowanych (wypełnia Wykonawca)*** |
|  | Producent, model, kraj produkcji | podać |  |
|  | Obciążenie | Max 300 kg |  |
|  | Dokładność odczytu | 100 g |  |
|  | Wyświetlacz | Podwójny wyświetlacz LCD |  |
|  | Zasilanie | Bateryjne i sieciowe z zasilaczem w zestawie |  |
|  | Wymiary platformy | 360 mm x 310 mm |  |
|  | Platforma antypoślizgowa | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji poziomu platformy | TAK |  |
|  | Opcje pomiaru TARA, HOLD, BMI | TAK |  |
|  | Wbudowany wzrostomierz elektroniczny | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru wzrostomierza | 120-200 cm |  |
|  | Podziałka wzrostomierza | 1 mm |  |
|  | Cyfrowy wyświetlacz zamontowany na wzrostomierzu | TAK |  |
|  | Gwarancja i serwis | Min. 24 miesiące |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**52/DEG/WK/2024**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII i Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ...................................................................................

**CZĘŚĆ 3 – Wózek inwalidzki leżakowy- 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis parametru*** | ***Parametr wymagany***  ***(podać zakres lub opisać)*** | ***Opis parametrów i warunków ofertowanych (wypełnia Wykonawca)*** |
|  | Producent, model, kraj produkcji | podać |  |
|  | Wymiary ogólne | Długość całkowita 109 cm  Szerokość całkowita 64 cm  Wysokość całkowita 135 cm |  |
|  | Wymiary siedziska | Wysokość 54 cm  Szerokość 45 cm  Głębokość 44 cm |  |
|  | Wysokość podłokietnika | 20 cm |  |
|  | Wysokość oparcia | 80 cm |  |
|  | Waga wózka z akumulatorem | Max 35 kg |  |
|  | Maksymalne obciążenie | 120 kg |  |
|  | Prędkościomierz | 5 biegów |  |
|  | Prędkość maksymalna | 6 km/h |  |
|  | Koła pompowane: tylne 12”, przednie 8”, antywywrotne | TAK |  |
|  | Podnóżki z 4 stopniową regulacją kąta położenia | TAK |  |
|  | Uchylane podłokietniki | TAK |  |
|  | Joystick do sterowania wózkiem | TAK |  |
|  | Silniki 24V/ 250 W x 2 | TAK |  |
|  | Akumulator litowo- jonowy z ładowarką w zestawie | 24 V/ 12 Ah x 1 |  |
|  | Przednie koło opony | Średnica zewn. 19 cm |  |
|  | Tylne koło pneumatyczne | Średnica zewnętrzna do 41 cm |  |
|  | Gwarancja i serwis | Min. 24 miesiące |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**52/DEG/WK/2024**

**Zakup aparatury i sprzętu medycznego dla Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII i Oddziału Detoksykacji Alkoholowej XII**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ...................................................................................

**CZĘŚĆ 4 – Ciśnieniomierz lekarski- 10 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis parametru*** | ***Parametr wymagany***  ***(podać zakres lub opisać)*** | ***Opis parametrów i warunków ofertowanych (wypełnia Wykonawca)*** |
|  | Producent, model, kraj produkcji | podać |  |
|  | Pompka zintegrowana  z manometrem | TAK |  |
|  | Dla prawo- i leworęcznych | TAK |  |
|  | Średnica skali odczytu | 56 mm |  |
|  | Duża gruszka pompująca | TAK |  |
|  | Łyżka wspomagająca pompowanie | TAK |  |
|  | Mankiet nadający się do prania z zapięciem na rzep | TAK |  |
|  | Odporny na wstrząsy | TAK |  |
|  | Górna część obudowy wykonana ze stopu aluminium | TAK |  |
|  | Dolna część obudowy wykonana z wytrzymałych materiałów | TAK |  |
|  | Specjalny zawór wydechowy ze stoperem | TAK |  |
|  | Gwarancja | 120 miesięcy |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***