**Załącznik nr 2**

**Parametry Techniczne**

### Pakiet 1

**Fotel do pobierania krwi - szt. 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Wymagania** | **Potwierdzenie lub opis Wykonawcy** |
| **Fotel do pobierania krwi** |
| **1** | **Typ/Model** | **TAK/Podać** |  |
| **2** | **Producent** | **TAK/Podać** |  |
| **3** | **Kraj pochodzenia** | **TAK/****Podać** |  |
| **4** | **Rok produkcji 2023** | **TAK/Podać** |  |
| 5 | Fotel fabrycznie nowy | TAK |  |
| 6 | Oparcie pleców i podnóżka regulowane niezależnie przy użyciu dźwigni gazowych | TAK/Podać |  |
| 7 | Opuszczany podnóżek | TAK |  |
| 8 | Wyprofilowane podłokietniki z regulacja wysokości i ustawienia | TAK |  |
| 9 | Fotel na nóżkach ze stalowych rurek malowanych proszkowo z kołami o średnicy min. 125 mm, w tym minimum dwa tylne z hamulcem | TAK/Podać |  |
| 10 | Tapicerka z tworzywa imitującego skórę, zmywalnego, ogniotrwałego, odpornego na działanie środków dezynfekcyjnych | TAK |  |
| 11 | Dopuszczalne obciążenie minimum 130 kg | TAK/Podać |  |
| 12 | Możliwość wyboru kolorystyki obicia – minimum 5 kolorów | TAK/Podać |  |
|  | **PARAMETRY OCENIANE** |  |
| 13 | Dopuszczalne obciążenie powyżej 180 kg | TAK/PodaćTAK – 10 pktNIE – 0 pkt |  |

### Pakiet 2

**Leżanka medyczna - szt. 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Wymagania** | **Potwierdzenie lub opis Wykonawcy** |
| **Leżanka medyczna** |
| **1** | **Typ/Model** | **TAK/Podać** |  |
| **2** | **Producent** | **TAK/Podać** |  |
| **3** | **Kraj pochodzenia** | **TAK/Podać** |  |
| **4** | **Rok produkcji 2023** | **TAK/Podać** |  |
| 5 | Leżanka medyczna fabrycznie nowa | TAK |  |
| 6 | Konstrukcja leżanki wykonana ze stali pokrytej lakierem odpornym na uszkodzenia mechaniczne i chemiczne. Możliwość wyboru koloru powłok lakierowanych. | TAK/Podać |  |
| 7 | Leże dwusegmentowe. Ruchomy segment oparcia pleców regulowany w zakresie minimum 0-45° +/- 5° | TAK/Podać |  |
| 8 | Leżanka wyposażona w uchwyt do mocowania rolki podkładu jednorazowego użytku, umiejscowiony od strony wezgłowia | TAK/Podać |  |
| 9 | Leże tapicerowane bezszwowo, zmywalne, odporne na działanie środków do dezynfekcji | TAK/Podać |  |
| 10 | Dopuszczalne obciążenie minimum 130 kg | TAK/Podać |  |
| 11 | Możliwość wyboru kolorystyki obicia – minimum 5 kolorów | TAK/Podać |  |
|  | **PARAMETRY OCENIANE** |  |
| 12 | Dopuszczalne obciążenie powyżej 180 kg | TAK/PodaćTAK – 10 pktNIE – 0 pkt |  |

### Pakiet 3

**Stół do ćwiczeń - szt. 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Wymagania** | **Potwierdzenie lub opis Wykonawcy** |
| **Stół do ćwiczeń** |
| **1.** | **Typ/Model** | **TAK/Podać** |  |
| **2.** | **Producent** | **TAK/Podać** |  |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **TAK/Podać** |  |
| **4.** | **Rok produkcji 2023** | **TAK/Podać** |  |
| **5.** | **Pobór mocy** | **TAK/Podać** |  |
| 6. | Stół do ćwiczeń fabrycznie nowy | TAK |  |
| 7. | Stół do ćwiczeń min. 5 – sekcyjny | TAK/Podać |  |
| 8. | Konstrukcja prostokątna malowana proszkowo | TAK/Podać |  |
| 9. | Rama dolna stołu wykonana na 4 antypoślizgowych, gumowych stopkach z unoszonym za pomocą dźwigni nożnej zespołem 4 kół jezdnych z centralnym mechanizmem blokowania, ułatwiających transport stołu | TAK/Podać |  |
| 10. | Leże pacjenta umożliwiające zajęcie dogodnej do masażu pozycji  | TAK |  |
| 11. | Elektryczna regulacja wysokości | TAK/Podać |  |
| 12. | Hydrauliczna regulacja oparcia | TAK/Podać |  |
| 13. | Rama sterująca wokół stołu | TAK/Podać |  |
| 14. | Obciążenie do min. 150 kg | TAK/Podaćmin. 150 kg.- 0pkt.min. 200 kg.- 5pkt. |  |
| 15. | Możliwość dezynfekcji tapicerki stołu ( odporna na działanie środków dezynfekcyjnych). Grubość tapicerki minimum 5 cm | TAK/Podać |  |
| 16. | Możliwość doboru kolorystyki tapicerki na etapie trwania realizacji zamówienia – min. 10 kolorów do wybory | TAK/PodaćZałączyć do oferty  |  |
| 17. | Wyposażenie stołu:- bananki i pasy do stabilizacji- kliny 30 x 40x 12 cm i 50 x 35 x 20 cm- wałki 60 x 15 cm i półwałki 60 x 15 x 10 cm- ergonomiczne siedzisko dla terapeuty z możliwością: regulacji wysokości, tapicerka odporna na działanie środków dezynfekcyjnych; wyposażona w podstawę jezdną z min. 2 kołami z blokadą- uchwyt ręcznika papierowego | TAK/Podać |  |

### Pakiet 4

**Urządzenie do nieinwazyjnego pomiaru rzutu serca - szt. 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Wymagania** | **Potwierdzenie lub opis Wykonawcy** |
| **Urządzenie do nieinwazyjnego pomiaru rzutu serca** |
| **1** | **Typ/Model** | **TAK/Podać** |  |
| **2** | **Producent** | **TAK/Podać** |  |
| **3** | **Kraj pochodzenia** | **TAK/Podać** |  |
| **4** | **Pobór mocy** | **TAK/Podać** |  |
| **5** | **Rok produkcji 2023** | **TAK/Podać** |  |
| 6 | Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |
| 7 | Urządzenie do pomiaru rzutu serca metodą nieinwazyjną u pacjentów dorosłych | TAK/Podać |  |
| 8 | Kolorowy ekran o przekątnej min. 3,5”. Obsługa poprzez minimum przyciski funkcyjne  | TAK/Podać |  |
| 9 | Możliwość jednoczesnego wyświetlania minimum dwóch krzywych dynamicznych | TAK/Podać |  |
| 10 | Możliwość wyświetlania minimum czterech parametrów hemodynamicznych oraz wybranej krzywej dynamicznej | TAK/Podać |  |
| 11 | Wskaźnik jakości sygnału, poziomu baterii, podłączenia do sieci. Sygnał tekstowy oraz dźwiękowy w przypadku konieczności podłączenia do źródła zasilania sieciowego. | TAK |  |
| 12 | Zasilanie akumulatorowe, min. 60 miniut pracy przy pełnym wykorzystaniu monitora | TAK |  |
| 13 | Wymagane parametry monitorowane lub wyliczane minimum:**Przepływ krwi:**- Objętość wyrzutowa serca ( SV )- Wskaźnik wyrzutowy serca ( SI )- Częstość akcji serca ( HR )- Pojemność minutowa serca (CO)- Wskaźnik rzutu serca ( CI )**Kurczliwość:****-** Indeks kurczliwości- Wskaźnik czasu skurczu**Parametry płynów:**- Indeks płynu w klatce piersiowej ( TFI )- Zmiana objętości wyrzutowej ( SSV )**Naczyniowe:**- Systemowy opór obwodowy ( SVR )- Indeks SVR ( SVRI ) | TAK/Podać |  |
| 14 | Wyświetlania danych na monitorze / wyświetlaczu | TAK |  |
| 15 | Urządzenie kompletne, gotowe do użycia wraz z niezbędnym okablowaniem i akcesoriami | TAK/Podać |  |
| 16 | Możliwość montażu do statywu | TAK |  |
| 17 | Statyw do urządzenia mobilny na podstawie pięcioramiennej. Minimum dwa kółka wyposażone w hamulec. Kółka z bieżnikiem niebrudzącym powierzchni. Statyw wyposażony w koszyk na akcesoria | TAK/Podać |  |
|  | **PARAMETRY OCENIANE** |  |
| 18 | Możliwość pomiaru przy użyciu standardowych elektrod EKG | TAK/PodaćTAK – 10 pktNIE – 0 pkt |  |

### Pakiet 5

**Wózek na bieliznę - szt. 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Wymagania** | **Potwierdzenie lub opis Wykonawcy** |
| **Wózek na bieliznę** |
| **1** | **Typ/Model** | **TAK/Podać** |  |
| **2** | **Producent** | **TAK/Podać** |  |
| **3** | **Kraj pochodzenia** | **TAK/Podać** |  |
| **4** | **Rok produkcji 2023** | **TAK/Podać** |  |
| 5 | Wózek fabrycznie nowy | TAK |  |
| 6 | Wózek składający się z dwóch części. Jedna wyposażona w zamykaną szafkę z min. dwoma półkami przeznaczoną na czystą bieliznę. Druga wyposażona w dwa uchwyty na worki foliowe z pokrywami z tworzywa sztucznego. | TAK/Podać |  |
| 7 | Konstrukcja wózka wykonana ze stali lakierowanej proszkowo lub anodowanego aluminium i blatem oraz podstawą z tworzywa ABS odpornej na środki dezynfekcyjne. Wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej. | TAK/Podać |  |
| 8 | Wymiany wózka:- wysokość 115 cm (+/- 5 cm)- długość 130 cm (+/- 5 cm)- szerokość 65 (+/- 5 cm) | TAK/Podać |  |
| 9 | Blat szafki o wymiarach użytkowych 60 x 50 cm (+/- 5 cm) z relingami zabezpieczającymi z 3 stron i niskim frontowym brzegiem | TAK/Podać |  |
| 10 | Wózek wyposażony w uchwyt pozwalający na wygodne przemieszczanie wózka. | TAK |  |
| 11 | Wózek wyposażony w 4 kółka jezdne o średnicy min 100 mm, w tym co najmniej dwa kółka z blokadą | TAK/Podać |  |
| 12 | Przy kołach krążki odbojowe wykonane z tworzywa sztucznego | TAK |  |

### Pakiet 6

**Wózek na leki - szt. 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **Wymagania** | **Potwierdzenie lub opis Wykonawcy** |
| **Wózek na leki** |
| **1** | **Typ/Model** | **TAK/Podać** |  |
| **2** | **Producent** | **TAK/Podać** |  |
| **3** | **Kraj pochodzenia** | **TAK/Podać** |  |
| **4** | **Rok produkcji 2023** | **TAK/Podać** |  |
| 5 | Wózek fabrycznie nowy | TAK |  |
| 6 | Szkielet wózka metalowy, lakierowany proszkowo ( możliwość wyboru koloru powłok lakierowanych ) lub wykonany ze stali nierdzewnej. | TAK/Podać |  |
| 7 | Wózek wyposażony w minimum cztery przenośne tacki wykonane ze stali nierdzewnej z przegrodami z tworzywa | TAK/Podać |  |
| 8 | Wózek wyposażony w minimum jedną miskę wykonaną z tworzywa, umieszczoną na obrotowym wsporniku  | TAK/Podać |  |
| 9 | Wózek wyposażony w cztery kółka o niebrudzącym bieżniku w tym minimum dwa kółka z blokadą | TAK/Podać |  |
| 10 | Wózek wyposażony w reling z jednej strony i uchwyt do prowadzenia wózka | TAK |  |
| 11 | Wymiary całkowite wózka: 700 x 430 x 850 mm ± 50 mm | TAK/Podać |  |