|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANA ODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **I. STOJAK NA KROPLÓWKI 7 szt.** |
| **I** | **Stojak na kroplówki 7 szt.** | TAK |  |  |
| Producent: ……………………………………………Typ aparatu……………………………..…… (nazwa, kraj)Rok produkcji: ……………..producent …………………………………………………………………. |
| 1 | Stalowy stelaż | TAK |  |  |
| 2 | Podstawa z metalu na obrotowych kołach | TAK |  |  |
| 3 | 4 ramienny | TAK |  |  |
| 4 | Regulowana wysokość  | TAK |  |  |
|  |
| Lp. | WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANA ODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **II. TORBA DO ZESTAWU TRIAGE NA PASKI- 1 szt.** |
| **I** | **Torba do zestawu triage na paski** | TAK |  |  |
| Producent: ……………………………………………Typ aparatu……………………………..…… (nazwa, kraj)Rok produkcji: ……………..producent …………………………………………………………………. |
| 1 | Torba wykonana z materiału CORDURA, zamki, klamry | TAK |  |  |
| 2 | Komora główna posiada 4 przegrody przeznaczone na karty segregacyjne oraz 8 kieszonek na odblaskowe opaski segregacyjne,  | TAK |  |  |
| 3 | Pojemność torby 6 L. | TAK |  |  |
| 4 | Wewnątrz znajduje się kieszeń w której można umieścić światło chemiczne.  | TAK |  |  |
| 5 | Torba posiada 2 kieszenie zewnętrzne do przechowywania drobnego sprzętu np.: latarka, nożyczki, rękawiczki kamizelkę odblaskową oraz długopis.  | TAK |  |  |
| 6 | Z tyłu torby znajduje mocowanie do pasa, pas nośny regulowany, odpinany. | TAK |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANA ODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **III. POMPA DO ŻYWIENIA DOJELITOWEGO- 1 szt.** |
| **I** | **Pompa do żywienia dojelitowego** | TAK |  |  |
| Producent: ……………………………………………Typ aparatu……………………………..…… (nazwa, kraj)Rok produkcji: ……………..producent …………………………………………………………………. |
| **1** | Pompa do stosowania stacjonarnego i przenośnego | TAK |  |  |
| **2** | Mechanizm pompujący obrotowo - perystaltyczny | TAK |  |  |
| **3** | Przeznaczona jest wyłącznie do stosowania enteralnego (podaż dożołądkowa, dojelitowa) | TAK |  |  |
| **4** | Możliwe zaprogramowanie szybkości przepływu diety: 1–400 ml/h | TAK |  |  |
| **5** | Zakres ustawienia całkowitej dawki: 1–4000 ml | TAK |  |  |
| **6** | Zasilanie z sieci lub akumulatora | TAK |  |  |
| **7** | Czytelny wyświetlacz, świecący podczas pracy pompy | TAK |  |  |
| **8** | Wizualna i akustyczna sygnalizacja problemów (alarmy) | TAK |  |  |
| **9** | Zacisk do umocowania do stojaka w zestawie | TAK |  |  |
| **10** | Dokładność ustawienia szybkości podaży diety: 1 ml/h | TAK |  |  |
| **11** | Dokładność ustawienia całkowitej dawki diety: 1 ml | TAK |  |  |
| **12** | Czas pracy z baterii: minimum 24 h przy szybkości podaży 125 ml/h | TAK |  |  |
| **13** | Odporność na zalanie wodą: klasa IPX 5 (możliwość płukania pod bieżącą wodą) | TAK |  |  |
| **14** | Czujnik ciśnienia napływu | TAK |  |  |
| **15** | Czujnik ciśnienia wypływu | TAK |  |  |
| **16** | Czujnik obecności powietrza | TAK |  |  |
| **17** | Zacisk stojaka (element dokręcany do tylnej ściany pompy) | TAK |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANA ODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **IV.** **ZGRZEWARKA DO PAKIETÓW MEDYCZNYCH- 1 szt.** |
| **I** | **Zgrzewarka do pakietów medycznych**  | TAK |  |  |
| Producent: ……………………………………………Typ aparatu……………………………..…… (nazwa, kraj)Rok produkcji: ……………..producent …………………………………………………………………. |
| 1 | Elektrycznie sterowny element grzejny | TAK |  |  |
| 2 | Do zamykania gotowych opakowań, albo rękawów w rolkach do 320 mm | TAK |  |  |
| 3 | Szerokość zgrzewu do 12 mm | TAK |  |  |
| 4 | Czas nagrzewania do 3 min. | TAK |  |  |
| 5 | Dwustronny nóż umożliwiający odcięcie potrzebnego odcinka rękawa | TAK |  |  |
| 6 | Równomierny docisk na całej długości zgrzewu | TAK |  |  |
| 7 | Moc 100 W | TAK |  |  |
| 8 | Diodowa sygnalizacja stanu urządzenia | TAK  |  |  |
| 9 | Rękawy papierowo-foliowe z 3 wskaźnikami procesu - płaskie –7,5 cm / 200 m - 1 rol.20 cm / 200 m - 1 rol. | TAK |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANA ODPOWIEDŻ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **V.** **Termometr elektroniczny bezkontaktowy 4 szt.** |
| **I** | Elektroniczny termometr bezkontaktowy | TAK |  |  |
| Producent: ……………………………………………Typ aparatu……………………………..…… (nazwa, kraj)Rok produkcji: ……………..producent …………………………………………………………………. |
| 1 | Mierzy cieplną energię podczerwieni wydzie­laną przez skórę na czole oraz przez inne obiekty. | TAK |  |  |
| 2 | Umożliwia pomiar temperatury ciała w kilka sekund | TAK |  |  |
| 3 | Działa przy użyciu promieniowania podczerwonego Pozwala to na zachowanie maksymalnej higieny i bezpieczeństwa | TAK |  |  |
| 4 | Pracuje w szerokim zakresie temperatur: od 0 - 100,0 °C | TAK |  |  |
| 6 | Termometr ma automatyczną pamięć, wyświetla ostatni pomiar w ciągu 2 sekund po włączeniu | TAK |  |  |
| 7 | Nie ma ryzyka stłuczenia szkła lub zatrucia rtęcią | TAK |  |  |
| 8 | Czujnik można czyścić gazikiem nasączonym alkoholem | TAK |  |  |
| 9 | Pracuje na baterii | TAK |  |  |
| 10 | Po włączeniu przyrządu uaktywnia się zielone podświetlenie. Po zakończeniu pomiaru wynikiem niższym niż 37,5°C na kilka sekund uaktywnia się zielone podświetlenie. | TAK |  |  |
| 11 | Po zakończeniu pomiaru wynikiem równym lub wyższym niż 37,5°C na kilka sekund uaktywnia się czerwone podświetlenie. | TAK |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANA ODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **VI.** **Ubranie operacyjne  jednorazowe- 2 kpl.** |
| **Komplet odzieży operacyjnej, zastosowanie w gabinetach zabiegowych i na blokach operacyjnych.** |  TAK |  |  |
| Producent: …….….………………………………………………… |
| 1 | Jednorazowy, niejałowy komplet chirurgiczny składający się z wygodnej bluzy i spodni. | TAK |  |  |
| 2 | Spodnie luźne, krój prosty bez ściągaczy,tasiemka do regulacji obwodu w pasieNogawki spodni bez ściągaczy | TAK |  |  |
| 3 | Bluza wycięta pod szyją w kształcie litery V, wykończeni lamówką z krótkim rękawem, pod szyją wykończona w szpic, posiada 3 kieszenie | TAK |  |  |
| 4 | Wykonane z miękkiej włókniny polipropylenowej | TAK |  |  |
| 5 | 1 komplety rozmiar L | TAK |  |  |
| 6 | 1 Komplety rozmiary M | TAK |  |  |
| 7 | Kolor do wyboru | TAK |  |  |
| 8 | Niejałowe, oddychające, wygodne | TAK |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANA ODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **VII.** **Fartuchy chirurgiczne wielokrotnego użytku- 2 szt.** |
| Fartuch barierowy chirurgiczny wielokrotnego użytku standardowego ryzyka wykonany na bazie dwóch tkanin |  TAK |  |  |
| Producent: …….….………………………………………………… |
| 1 | Wysoki poziom odporności na przesiąkanie cieczy min. 90 cm wysokości słupa wody. Pole niekrytyczne z nieprzemakalnej tkaniny bawełniano-poliestrowej o minimalnej zawartości bawełny 60% o gramaturze max. 125 g/m2 | TAK |  |  |
| 2 | Szew łączący poszczególne tkaninowe elementy fartucha kryty, zawijany, dwuigłowy stebnowany, rękawy wykończone elastycznym ściągaczem | TAK |  |  |
| 3 | Fartuch ma zachować właściwości barierowe przez minimum 100 cykli użyć. | TAK |  |  |
| 4 | Przy szyi fartuch wiązany na troki. Wykończenie lamówki przy szyi kolorem, który identyfikuje jednocześnie rozmiar fartucha | TAK |  |  |
| 5 | 2 szt. Kolory do wyboru konsultacja zleceniodawcy | TAK |  |  |
| 6 | Po wewnętrznej stronie fartucha wszywka umożliwiająca oznaczanie kolejnego cyklu i wpisanie oznaczenia szpitala | TAK |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY |  WYMAGANAODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **VIII.** **MATA PIANKOWA 12 szt** |
| Mata piankowa |  TAK |  |  |
| Producent: …….….………………………………………………… |
| 1 | Materiał**:** pianka kauczukowa | TAK |  |  |
| 2 | Wymiary 1 puzzla:**100cm x 100cm + obrzeża**(po 4 krawędzie do każdej maty, o szerokości 2 cm) | TAK |  |  |
| 3 | Możliwość samodzielnego wyboru koloru ( do uzgodnienie z zamawiającym ), dwukolorowa, o obustronnej fakturze zewnętrznej drobnej kratki | TAK |  |  |
| 4 | Lekka: ok. 4kg | TAK |  |  |
| 5 | Możliwość dopasowania do nieregularnych kształtów (przycinanie nożykiem tapicerskim) | TAK |  |  |
| 6 | Łatwa w utrzymaniu czystości | TAK |  |  |
| 7 | Maty można czyścić WILGOTNĄ ścierką |  |  |  |
| 8 | Grubość: 2cm | TAK |  |  |
| 9 | Puzzle 12 szt |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANAODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **IX. ZASILACZE DO POMPY- 2 SZT.** |
| **2szt**. **Zasilacze do pomp Space objętościowa pompa infuzyjna** **nr 8713050**  **I Perfusor Space - strzykawkowa pompa infuzyjna nr 8713030** |  TAK |  |  |
| Producent: ……………………………………………Typ aparatu……………………………..…… (nazwa, kraj)Rok produkcji: ……………..producent …………………………………………………………………. |
| 1 | Przewody do akumulatora – długie. | TAK |  |  |
| 2 | Kolor biały | TAK |  |  |
| 3 | 1 szt. Zasilacz do pompy Infusomat Space objętościowa pompa infuzyjna nr 8713050  **1szt.** Zasilacz do pompy Perfusor Space - strzykawkowa pompa infuzyjna nr 8713030 | TAK |  |  |
| 4 | Dla większego bezpieczeństwa pacjenta zasilanie z sieci poprzez zasilacz 12V | TAK |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANAODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **X. UCHWYT DO POMPY- 2 SZT.** |
|  1szt. Uchwyt do pomp Space objętościowa pompa infuzyjna nr 8713050  1szt.Uchwyt do pompy Perfusor Space - strzykawkowa pompa infuzyjna nr 8713030 |  TAK |  |  |
| Producent: ……………………………………………Typ aparatu……………………………..…… (nazwa, kraj)Rok produkcji: ……………..producent …………………………………………………………………. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANAODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **XI. CZUJNIK KROPLI DO POMPY- 1 SZT.** |
|  Czujnik kropli do pompy Infusomat Space objętościowa pompa infuzyjna nr 8713050  |  TAK |  |  |
| Producent: …….….………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANAODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **XII. HAKI DO DESKI ORTOPEDYCZNEJ – 4 SZT.** |
|  Haki do deski ortopedycznej- 4 szt. |  TAK |  |  |
| Producent: …….….………………………………………………… |
| WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANAODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **XIII. MIARKA CENTYMETROWA DO POMIARU OBWODU CIAŁA- 2 SZT.** |
| Miarka centymetrowa do pomiaru obwodu ciała- 2 szt. |  TAK |  |  |
| Producent: …….….………………………………………………… |
| 1 | Forma zgłoszeń: telefonicznie, faxem, e-mail, pisemnie. | TAK |  |  |
| Oświadczamy, że oferowany powyżej sprzęt – jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi). (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy) ……………………………………………….……………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANAODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **XIV. PŁYN DO CZYSZCZENIA CHROMU 1L** |
| Płyn do czyszczenia chromu 1L |  TAK |  |  |
| Producent: …….….………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANAODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **XV. PŁYN DO USUWANIA ETYKIET, KLEJU 1 L.** |
| Płyn do usuwania etykiet 1L. |  TAK |  |  |
| Producent: …….….………………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANA ODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **XVI. MOBILNY ULTRASONOGRAF- 1 SZT.** |
| Mobilny ultrasonograf  |  TAK |  |  |
| Producent: …….….…………………………………………………  |
| 1 | Mobilny ultrasonograf, dający możliwość badania narządów położonych powierzchownie (penetracja do 5 cm) i kaniulacji naczyń. | TAK |  |  |
| 2 | Zestaw zawiera:Sonda minimum ok. 6-14 MHz,dwa pakiety baterii zewnętrznych,zasilacz,kabel USB do transmisji danych,walizkę transportową,instrukcję obsługi. | TAK |  |  |
| 3 | Pracujący min. 5 godz. na baterii. | TAK |  |  |
| 4 | Łatwy do dezynfekcji. | TAK |  |  |
| 5 | Proces włączania ok. 5 sek. | TAK |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY | WYMAGANA ODPOWIEDŹ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **XVII. PLASTIKOWY GONIOMETR – 1 szt.** |
| **GONIOMETR 2szt.** |  TAK |  |  |
| Producent: …….….………………………………………………… |
| 1 | Goniometr służący do pomiarów zakresu ruchu stawów, z podziałką od 0° do 360° co 1°. | TAK |  |  |
| 2 | Dwa przeźroczyste goniometry plastikowe, o długościach 20cm i 30cm | TAK |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYMAGANE PARAMETRY |  WYMAGANA ODPOWIEDŻ | SZCZEGÓŁOWY OPISparametrów oferowanego przedmiotu zamówienia, w tym: typ/model/rok produkcji | PUNKTACJA |
| **XVIII. NEBULIZATOR- 1 SZT.** |
| System podawania leku w formie aerozolu w trakcie wentylacji mechanicznej.  |  TAK |  |  |
| Producent: …….….………………………………………………… |
| 1 | Dostarczanie drogą wziewną dawki leku. Lek może być podawany zarówno w trakcie wentylacji mechanicznej pacjenta z dodatnimi ciśnieniami wdechowymi jak tez w trakcie oddechu spontanicznego z użyciem maski, ustnika. | TAK |  |  |
| 2 | Nie wymaga zastosowania dodatkowego przepływu gazu pod ciśnieniem | TAK |  |  |
| 3 | Dokładnie zdefiniowana wielkość cząsteczki - średnio 1 - 5 µm MMAD, mała szczątkowa objętość leku | TAK |  |  |
| 4 | W trakcie pracy nie zbiera i nie nebulizuje wilgoci, kondensatu z układu pacjenta | TAK |  |  |
| 5 |  Generator aerozolu nie podgrzewa i nie powoduje degradacji leku | TAK |  |  |
| 6 | Może nebulizować wszystkie leki dopuszczone do stosowania w  nebulizatorach | TAK |  |  |
| 7 | Może pracować zarówno przy zasilaniu sieciowym jak i akumulatorowym Ekonomiczny | TAK |  |  |
| 8 | Masa nebulizatora to ok. 25 g Pojemność zbiorniczka na lek około 10 ml | TAK |  |  |
| 9 | Cicha praca | TAK |  |  |
| 10 | Kompletny zestaw nebulizatora: Membrana Nebulizatora, zasilacz, moduł sterujący, nebulizator, złącze typu T dla dorosłych, uchwyt mocujący. | TAK |  |  |
| 11 | Wielokrotnego użytku. Przystosowany do sterylizacji w autoklawie: 132ºC - 135ºC | TAK |  |  |
|  | **WARUNKI SERWISU GWARANCYJNEGO** |
| 1 | Okres gwarancji min. 24 m-ce od daty podpisania przez obie strony protokołu zdawczo – odbiorczego*(jest to jedno z kryteriów oceny ofert opisanych w rozdz. XIII SIWZ)* | TAK | Podać w miesiącach …………………………………. |  |
| 2 | Serwis gwarancyjny (nazwa i adres firmy) | TAK, podać |  |  |
| 3 | Forma zgłoszeń: telefonicznie, faxem, e-mail, pisemnie. | podać |  |  |
| Oświadczamy, że oferowany powyżej sprzęt – jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).  …………………………………………………………………………………………………………….  (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy |

Jeżeli w opisie przedmiotu zamówienia wskazano jakikolwiek znak towarowy, patent czy pochodzenie, należy przyjąć, że wskazane patenty, znaki towarowe, pochodzenie określają parametry techniczne, eksploatacyjne, użytkowe, co oznacza, że Zamawiający dopuszcza złożenie oferty w tej części przedmiotu zamówienia o równoważnych parametrach technicznych, eksploatacyjnych i użytkowych.

W celu umożliwienia Zamawiającemu odpowiedniej weryfikacji zaoferowanego sprzętu lub oprogramowania pod kątem minimalnych wymagań należy podać dokładną nazwę producenta, model itp. Wszystkie opisane parametry wymagane są wymaganiami minimalnymi. Zamawiający akceptuje rozwiązania o parametrach równoważnych lub lepszych, bez utraty funkcjonalności i wydajności.