**Załącznik nr 1.1 do SWZ**

**Szp/FZ – 74/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Przedmiot zamówienia – Aparat EKG – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania techniczne** | **Wartość wymagana** | **Wartość Oferowana / podać** **zakresy**/ **opisać \*)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Prezentacja 3, 6 oraz 12 odprowadzeń EKG. | Tak podać |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz TFT LCD (10,4") oraz panel dotykowy | Tak podać |  |
|  | Wyposażony w funkcje ukrywania paska menu. | Tak podać |  |
|  | Możliwość prezentacji wyników analizy i interpretacji. | Tak podać |  |
|  | Możliwość przeglądania zapisanych w pamięci badań. | Tak podać |  |
|  | Prezentacja częstości akcji serca (HR). | Tak podać |  |
|  | Wydruk w trybie 3, 6 lub 12 odprowadzeń. | Tak podać |  |
|  | Wbudowana drukarka A4 (rolka szer. 210 mm). | Tak podać |  |
|  | Możliwość wydruk na drukarce zewnętrznej. | Tak podać |  |
|  | Funkcja łatwego zakładania papieru w systemie Easy Load. | Tak podać |  |
|  | Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych, 50Hz, 60Hz. | Tak podać |  |
|  | Cyfrowa filtracja zakłóceń pochodzenia mięśniowego, 25; 35, 45 Hz. | Tak podać |  |
|  | Automatyczna regulacja położenia linii izoelektrycznej. | Tak podać |  |
|  | Filtr izolinii: 0,I5Hz; 0,45Hz; 0,75Hz; 1,5Hz. | Tak podać |  |
|  | Sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych oraz Cabrera. | Tak podać |  |
|  | Czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV. | Tak podać |  |
|  | Prędkość: 5/10/25/50 mm/s. | Tak podać |  |
|  | Praca w trybie Auto lub Manual | Tak podać |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja. | Tak podać |  |
|  | Konfiguracja wyglądu i kompozycji ekranu. Konfiguracja ustawień aparatu oraz panelu sterowania. Rozbudowana baza pacjentów — 2000 badań. Tryb pracy akumulatorowej — do 300 badań. | Tak podać |  |
|  | Sygnalizacja złego podłączenia poszczególnych elektrod. | Tak podać |  |
|  | Detekcja stymulatora serca. | Tak podać |  |
|  | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń. | Tak podać |  |
|  | Sygnalizacja stanu naładowania akumulatora. Funkcja EKG-M@IL | Tak podać |  |
|  | Interfejs komunikacyjny: 3 x port USB | Tak podać |  |
|  | Zapis badania do pamięci USB (np. PenDrive). Zasilanie sieciowo-akumulatorowe. | Tak podać |  |
|  | Ergonomiczna klawiatura. | Tak podać |  |
|  | Menu wyświetlane na ekranie. | Tak podać |  |
|  | Wymiary (D x S x W): 370x372x94 mm. (+/- 20mm) | Tak podać |  |
|  | **Standard komunikacji HL7** | Tak podać |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 1.2 do SWZ**

**Szp/FZ – 74/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Przedmiot zamówienia – Koszyki sterylizacyjne – 1 zestaw**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania techniczne** | **Wartość wymagana** | **Wartość Oferowana / podać** **zakresy**/ **opisać/ \*)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| **1** | **Tace sterylizacyjne na małe narzędzia z matą sylikonową – 10 szt.** | | |
|  | Tace sterylizacyjne na małe narzędzia | Tak podać |  |
|  | dostarczane wraz z: | Tak podać |  |
|  | - matą sylikonową | Tak podać |  |
|  | - pokrywą | Tak podać |  |
|  | - 2 wspornikami dociskowymi zamontowanymi | Tak podać |  |
|  | wzdłuż szerokości pokrywy | Tak podać |  |
|  | Rozmiar tacy: 270 x 170 x 35 mm | Tak podać |  |
| **2** | **Tace sterylizacyjne na małe narzędzia z matą sylikonową – 5 szt.** | | |
|  | Tace sterylizacyjne na małe narzędzia | Tak podać |  |
|  | dostarczane wraz z: | Tak podać |  |
|  | - matą sylikonową | Tak podać |  |
|  | - pokrywą | Tak podać |  |
|  | - 1 wsporniki dociskowy zamontowany | Tak podać |  |
|  | wzdłuż szerokości pokrywy | Tak podać |  |
|  | Rozmiar tacy: 170 x 135 x 35 mm | Tak podać |  |
| **3** | **Tace sterylizacyjne na małe narzędzia – 20 szt.** | | |
|  | Boczna perforacja 2 x 2 mm uniemożliwia | Tak podać |  |
|  | wysunięcie się małych narzędzi, a | Tak podać |  |
|  | perforacja dna tacy i pokrywy 4 x 4 mm | Tak podać |  |
|  | gwarantuje skuteczny proces czyszczenia. | Tak podać |  |
|  | Taca wraz z pokrywą. | Tak podać |  |
|  | Rozmiar tacy: 100 x 80 x 30 mm | Tak podać |  |
| **4** | **Tace sterylizacyjne na mikro narzędzia – 10 szt.** | | |
|  | Gęsta perforacja blachy ze stali kwasoodpornej | Tak podać |  |
|  | 2 x 2 mm na całej powierzchni tacy i pokrywy, | Tak podać |  |
|  | stanowi skuteczną barierę przed wysuwaniem | Tak podać |  |
|  | się bardzo małych narzędzi, ich części lub | Tak podać |  |
|  | akcesoriów. Taca wraz z pokrywą | Tak podać |  |
|  | Rozmiar tacy: 120 x 90 x 50 mm | Tak podać |  |
| **5** | **Tace sterylizacyjne na optykę 3D – 2 szt.** | | |
|  | Taca sterylizacyjna na optykę 3D | Tak podać |  |
|  | - uchwyty do pozycjonowania (sylikonowe i ze | Tak podać |  |
|  | stali kwasoodpornej) | Tak podać |  |
|  | - podwójne obrotowe zamknięcie | Tak podać |  |
|  | - pokrywa na zawiasach z uchwytem | Tak podać |  |
|  | Rozmiar tacy: 600 x 120 x 80 mm | Tak podać |  |
| **6** | **Mata sylikonowa – 10 szt.** | | |
|  | odporna na warunki oczyszczania w myjni - | Tak podać |  |
|  | dezynfektorze, struktura plastra miodu, | Tak podać |  |
|  | elastyczna. Do tac z blachy perforowanej. | Tak podać |  |
|  | Odporna na temp do 230°C. Kolor niebieski. | Tak podać |  |
|  | Wymiar: 480 x 250 mm | Tak podać |  |
| **7** | **Mata sylikonowa z jeżem do wykładania tac sterylizacyjnych – 10 szt.** | | |
|  | Może być cięta co 20 mm | Tak podać |  |
|  | Wymiar: 520 x 220 mm | Tak podać |  |
| 8 | **Zestaw zabezpieczający narzędzia – 1 szt.** | | |
|  | laparoskopowe z elementami wyposażenia | Tak podać |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 1.3 do SWZ**

**Szp/FZ – 74/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Przedmiot zamówienia – Pistolet do biopsji – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania techniczne** | **Wymogi graniczne** | **Wartość Oferowana / podać zakresy/ opisać/ \*)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Automatyczne urządzenie do biopsji | TAK |  |
|  | Wymienne igły od średnicy 12G do 20G | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia głębokości penetracji tkanek na 15mm Lu 22mm | TAK |  |
|  | Możliwość obsługiwania I ręką | TAK |  |
|  | Blokada spustu | TAK |  |
|  | Wyraźnie oznakowane pole, które wskazuje poziom naciągnięcia igły (połowa pola — igła naciągnięta w sposób umożliwiający usunięcie pobranego materiału; pełne pole — igła gotowa do użycia) | TAK |  |
|  | Sterylizacja w temperaturze do 140 stopni C | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 1.4 do SWZ**

**Szp/FZ – 74/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Pozycja nr 1**

**Przedmiot zamówienia – Wózek do transportu materiałów sterylnych – 2 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opis parametru wymaganego | Wartość wymagana | Opis parametru oferowanego \*) |
| Wózek transportowy do pakietów i kontenerów sterylnych 3 półkowy. | Tak |  |
| Wykonany ze stali nierdzewnej min. ASI 034. | Tak |  |
| Pojemność wózka 9 STU (standardowa jednostka sterylizacyjna o wymiarach 30x60 cm) min 3 jednostki na półkę. | Tak podać |  |
| Wysokość do górnej półki max 135 cm. | Tak podać |  |
| Półki pełne, wzmacniane. | Tak |  |
| Konstrukcja z profila zamkniętego lub rury, wykonanie bez ostrych krawędzi mogących powodować uszkodzenie pakietów. | Tak |  |
| Koła skrętne, min 2 kółka wyposażone w hamulec. | Tak |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 1 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 3 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*

**Pozycja nr 2**

**Przedmiot zamówienia – Wózek do przewożenia bielizny czystej i brudnej – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania techniczne** | **Wartość wymagana** | **Opis parametru oferowanego \*)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| 1. | 2 półki na zawiasach | Tak podać |  |
| 2. | blacha anodyzowana ze stopu lekkiego | Tak podać |  |
| 3. | odporny na zabrudzenia, na korozję, działanie promieni UV, antystatyczny | Tak podać |  |
|  | przygotowany do mycia i sterylizacji |  |  |
| 4. | kółka gumowe 125mm (+/- 20mm) ( z hamulcem) | Tak podać |  |
| 5. | pojemność 5651itrów; | Tak podać |  |
| 6. | nośność 180kg, | Tak podać |  |
| 7 | masa do 60kg | Tak podać |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 3 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Pozycja nr 3**

**Przedmiot zamówienia – Wózek do przewożenia bielizny czystej – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry urządzenia** | **Wymagane wartości graniczne** | | **Opis parametru oferowanego \*)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | |
| 1 | Wózek przeznaczony do przewozu bielizny pościelowej czystej. | TAK |  | |
| 2 | Konstrukcja wózka zbudowana na sztywnej platformie z tworzywa sztucznego do której przykręcono metalową ramę. | TAK |  | |
| 3 | Wózek wyposażony w szafkę zamykaną na klucz. | TAK |  | |
| 4 | Sztywne ścianki oraz sztywne podwójne drzwiczki. | TAK |  | |
| 5 | Szafka wózka wyposażona w min. 3 szerokie półki wewnętrzne, zamykane. | TAK |  | |
| 6 | Ergonomiczny uchwyt do prowadzenia wózka, ułatwia kontrolę podczas transportu | TAK |  | |
| 7 | Gumowa listwa obojowa. | TAK |  | |
| 8 | Minimum dwa kółka wyposażone w blokadę. | TAK |  | |
| 9 | Minimum cztery cichobieżne koła zapewniające zwrotność i łatwość prowadzenia wózka. | TAK |  | |
| 10 | Łatwość czyszczenia i dezynfekcji. | TAK |  | |
| 11 | Wymiary całkowite (dł..szer.wys.):1490 x 665 x 1435 mm) +/- 2%. | TAK |  | |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 3 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 1.5 do SWZ**

**Szp/FZ – 74/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Przedmiot zamówienia – Stół diagnostyczno - zabiegowy – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania techniczne** | **Wartość wymagana** | **Wartość Oferowana / podać** **zakresy**/ **opisać \*)** |
|  | *2* | *3* | *4* |
|  | Stalowa konstrukcją oraz kolumnowy mechanizmem podnoszenia, który niweluje przesunięcie blatu w trakcie regulacji wysokości, | Tak |  |
|  | 4 częściowe leże z otworem na twarz i zatyczką w podgłówku, | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości oraz poszczególnych części blatu (z wyjątkiem podgłówka) za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym. | Tak |  |
|  | Możliwość wybór koloru tapicerki | Tak |  |
|  | **Regulacja stołu** | | |
|  | * + Pilot ręczny w standardzie - do 4 regulacji | Tak |  |
|  | * + Pilot nożny - do 4 regulacji | Tak |  |
|  | * + Podłokietniki, | Tak |  |
|  | * + Wieszak na papier, | Tak |  |
|  | * + Sterowanie z ramy, | Tak |  |
|  | * + Pilot nożny (zamiast pilota ręcznego), | Tak |  |
|  | **Dane techniczne:** | | |
|  | * + Długość: 200 cm (+/- 2 cm) | Tak podać |  |
|  | * + Szerokość do wyboru: 65/70/80 cm (+/- 2 cm) | Tak podać |  |
|  | * + Wysokość: 59-99 cm | Tak podać |  |
|  | * + Regulacja kąta podgłówka: -70° do 45° (za pomocą sprężyny gazowej), | Tak podać |  |
|  | * + Regulacja kąta łamania części piersiowej: -17° do 70° (za pomocą siłownika elektrycznego), | Tak podać |  |
|  | * + Regulacja kąta łamania części lędźwiowej: -25° do 20° (za pomocą siłownika elektrycznego), | Tak podać |  |
|  | * + Regulacja kąta podnóżka: -40° do 25° (za pomocą siłownika elektrycznego), | Tak podać |  |
|  | * + Pozycja Trendelenburga: 0° do 25° (za pomocą siłownika elektrycznego), | Tak podać |  |
|  | * + Pozycja Anty-Trendelenburga: -17° do 0° (za pomocą siłownika elektrycznego), | Tak podać |  |
|  | * + Masa własna: 113 kg | Tak podać |  |
|  | * + Maksymalne obciążenie: 200 kg | Tak podać |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 1.6 do SWZ**

**Szp/FZ – 74/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Przedmiot zamówienia – łóżko szpitalne – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania techniczne** | **Wartość wymagana** | **Wartość Oferowana / podać** **zakresy**/ **opisać \*)** |
|  | ***2*** | *3* | *4* |
|  | Szczyty łóżka tworzywowe z jednolitego odlewu bez miejsc klejenia/skręcania, wyjmowane od strony nóg i głowy z możliwością zablokowania szczytu przed wyjęciem na czas transportu łóżka w celu uniknięcia wypadnięcia szczytu i stracenia kontroli nad łóżkiem. Blokada z graficzną informacja o zablokowanym/odblokowanym szczycie | Tak |  |
|  | Szczyt montowany do ramy leża za pomocą dwóch pojedynczych metalowych rurek zatopionych w wyprofilowanych otworach, które wsuwa się do tulei zlokalizowanych w narożnikach ramy łóżka. Nie dopuszcza się szczytów przykręcanych/montowanych do metalowej rury w kształcie litery C i U. | Tak |  |
|  | Konstrukcja szczytu wypełniona w środku tworzywowym odlewem, szczyty jako monolityczna bryła. Nie dopuszcza się szczytów, które składają się z dwóch tworzywowych wyprasek sklejonych ze sobą z wewnętrzną metalową rurą. | Tak |  |
|  | Opcja 1. Barierki boczne dzielone spełniające normę bezpieczeństwa EN 60601-2-52. Barierki zabezpieczające na długości 3/4 leża. Barierka zabezpieczająca segment pleców poruszająca się wraz z segmentem podczas regulacji. Górna barierka krótsza od centralnej. W celach bezpieczeństwa barierki odblokowywane w min dwóch ruchach, tj. w pierwszej kolejności należy docisnąć barierkę do leża, następnie zwolnić blokadę. Barierki wykonane jako jednorodny odlew /bez wolnych przestrzeni wewnątrz czy dodatkowych rur wzmacniających.  LUB  Opcja 2. Barierki boczne metalowe lakierowane składane wzdłuż ramy leża nie powodujące poszerzenia łóżka, barierki składane poniżej poziomu materaca.  Mechanizm zwalniania barierki na ergonomicznej wysokości, umieszczony w górnej poprzeczce. Barierki boczne składające się z min trzech poprzeczek. W celach bezpieczeństwa barierki odblokowywane w min dwóch ruchach. | Tak |  |
|  | Barierki boczne mogące służyć jako podparcie dla pacjenta podczas wstawania**. Możliwość doposażenia łóżka w barierki zabezpieczające pacjenta na całej długości** | Tak |  |
|  | Leże łóżka 4 – sekcyjne, w tym 3 ruchome. Leże wypełnienie panelami tworzywowymi. Panele, łatwo demontowalne, lekkie nadające się do dezynfekcji. Panele zabezpieczone przed przesuwaniem się i wypadnięciem poprzez system zatrzaskowy. Segmenty leża osadzone na dwóch wzdłużnych profilach stalowych, lakierowanych proszkowo, brak zewnętrznej ramy przy segmentach leża. | Tak  Panele z wytłoczoną informacją kierunku montażu – 5pkt  Brak wytłoczenia – 0 pkt |  |
|  | Leże oparta na tzw. ramionach wznoszących, podpierające leże w minimum 4 punktach | Tak |  |
|  | Leże podparte w 8pkt, gwarantujące stabilność w każdym położeniu. | Tak |  |
|  | Koła tworzywowe o średnicy min 125mm. | Tak, podać |  |
|  | Centralna oraz kierunkowa blokada kół uruchamiana za pomocą jednej z dwóch dźwigni zlokalizowanych bezpośrednio przy kołach od strony nóg, po obu stronach łóżka. | Tak |  |
|  | Dźwignie blokady hamulca z kolorowym, czytelnym oznaczeniem uruchomionej funkcji (centralnej blokady lub koła kierunkowego)  Dopuszcza się dźwignie hamulca na całej szerokości podstawy od strony nóg w przypadku braku kolorystycznego oznaczenia | Tak |  |
|  | Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:   * Pilot przewodowy dla pacjenta z możliwością sterowania podstawowymi funkcjami: regulacja wysokości, kąta nachylenia segmentu uda i pleców oraz funkcji autokontur lub sterowniki dla pacjenta wbudowane w barierki boczne z powyższymi funkcjami, * Przewodowego panelu sterowania dla personelu: min. regulacja kąta nachylenia segmentu pleców, ud oraz wysokości, funkcji przechyłów wzdłużnych, autokontur, pozycja antyszokowa, pozycja krzesła kardiologicznego i pozycja CPR. Panel z możliwością zawieszenia na szczycie od strony nóg oraz schowania w półce na pościel. | Tak  Pilot dla pacjenta z podświetlanymi przyciskami i wbudowaną latarką – 5 pkt |  |
|  | 3 oznaczone innymi kolorami strefy w panelu sterowania w celu bardziej intuicyjnej obsługi. | Tak – 5pkt  Nie – 0pkt |  |
|  | Długość zewnętrzna łóżka – 2150mm (+/- 50mm) | Tak, podać |  |
|  | Funkcja przedłużenia leża min 150mm | Tak, podać  **Przedłużenie leża realizowane za pomocą mechanizmów samozatrzaskowych – 5pkt**  **Mechanizm śrubowy – 0pkt** |  |
|  | Szerokość zewnętrzna łóżka – 990mm (+/-40mm) | Tak, Podać  Szerokość łóżka poniżej 100cm – 5pkt |  |
|  | Wymiary leża 2000mm x 900mm (+/- 20mm) | Tak, podać  Leże minimum 900mm – 5pkt |  |
|  | Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie min 370 mm do 730 mm, gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka i zapobiegająca „zeskakiwaniu z łóżka” /nie dotykaniu pełnymi stopami podłogi podczas opuszczania łóżka/. | Tak, podać |  |
|  | Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 70° (+/-10o) | Tak, podać |  |
|  | Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 30° (+/-10o) | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka.  Kabel zasilający w przewodzie skręcanym rozciągliwym. Nie dopuszcza się przewodów prostych. | Tak |  |
|  | Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu lub w sytuacjach zaniku prądu. Diodowy wskaźnik stanu naładowania akumulatora w panelu sterowania dla personelu. | Tak |  |
|  | Diodowy wskaźnik informujący dodatkowo o konieczności wymiany baterii. | Tak – 5pkt  Nie – 0pkt |  |
|  | Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków w barierkach i z panelu sterowania dla personelu montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. | Tak |  |
|  | Funkcja autoregresji segmentu pleców oraz uda, niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąca funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom stopnia 1-4. W segmencie pleców: min.9cm, w segmencie uda: min.5cm. | Tak, podać |  |
|  | Funkcja zaawansowanej autoregresji, system teleskopowego odsuwania się segmentu pleców oraz uda nie tylko do tyłu, ale i do góry (ruch po okręgu) podczas podnoszenia segmentów, w celu eliminacji sił tarcia będącymi potencjalnym zagrożeniem powstawania odleżyn stopnia 1:4. | Tak, |  |
|  | regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga min 12° – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg | Tak, podać |  |
|  | regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga min 12° – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. | Tak, podać |  |
|  | Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. | Tak |  |
|  | Regulacja elektryczna do pozycji CPR, – sterowanie przy pomocy jednego oznaczonego odpowiednim piktogramem przycisku na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg. | Tak |  |
|  | Elektryczna pozycja Trendelenburga sterowana m.in. za pomocą panelu centralnego oraz osobny, oznaczony kolorem czerwonym przycisk z zaprogramowaną pozycją antyszokową (rozumianą jako jednoczesne wypoziomowanie segmentów leża oraz wykonanie przechyłu Trendelenburga) | Tak – 5pkt  Brak dodatkowego przycisku – 0pkt |  |
|  | Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych (uruchamiane na panelu sterowniczym | Tak, |  |
|  | Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji. | Tak |  |
|  | Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub tez o innym oznaczeniu) natychmiastowe odłączenie wszystkich (za wyjątkiem funkcji ratujących życie) funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze. | Tak |  |
|  | Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR, | Tak |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 250kg. Pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego. | Tak, podać |  |
|  | Wysuwana spod szczytu od strony nóg rozkładana półka na pościel | Tak |  |
|  | Tuleje do montowania wysięgnika ręki lub kroplówki w każdym narożniku, w tulejach tworzywowy wkład | Tak |  |
|  | System elektrycznej ochrony przed uszkodzeniem łóżka w wyniku przeciążenia, polegający na wyłączeniu regulacji łóżka w przypadku przekroczenia dopuszczalnego obciążenia oraz uruchomieniu dźwiękowego alarmu informującego o przeciążeniu | Tak – 10pkt  Nie – 0pkt |  |
|  | Złącze wyrównania potencjału | Tak |  |
|  | Wyposażenie do każdego łóżka;   * Barierki opisane powyżej, * Materac piankowy do każdego łóżka opisany poniżej * Wysięgnik ręki * Wieszak kroplówki | Tak |  |
|  | Materac piankowy, prewencyjny, przeciwodleżynowy, wykonany w technologii niepalnej, dopasowany do leża łóżka, o grubości min. 14 cm | Tak |  |
|  | Pianka wykonana z materiałów antyalergicznych, nietoksycznych | Tak |  |
|  | Pokrowiec materaca dwukierunkowo rozciągliwy | Tak |  |
|  | Pokrowiec materaca paroprzepuszczalny, („oddychający”), nieprzepuszczalny dla zabrudzeń i zanieczyszczeń ciekłych (wydaliny, wydzieliny) – 1 szt dla każdego materaca | Tak |  |
|  | Materac w pokrowcu wodoszczelnym z krawędziami zgrzewanymi lub zszywanymi z wodoszczelnym zamkiem otwieranym z min. 2 boków materaca | Tak |  |
|  | Materac rotowany cztero-kierunkowo zwiększający „żywotność” materaca | Tak |  |
|  | Pokrowiec materaca z możliwością mycia i dezynfekcji wybranymi środkami | Tak |  |
|  | Pokrowiec materaca z widocznymi instrukcjami dotyczącymi min. prania pokrowca. | Tak |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 1.7 do SWZ**

**Szp/FZ – 74/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Przedmiot zamówienia – kozetka lekarska – 2 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania techniczne** | **Wartość wymagana** | **Wartość Oferowana / podać** **zakresy**/ **opisać \*)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | 4 segmentowy stół wyposażony w ramę sterującą | TAK |  |
|  | Zagłówek regulowany sprężyną gazową | TAK |  |
|  | Podłokietnik z płynna regulacją | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości blatu za pomocą ramy sterującej wykonanej ze stali nierdzewnej | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w koła jezdne | TAK |  |
|  | Wymiary zagłówka: 68 cm x 43 cm (+/- 2 cm) | TAK |  |
|  | Wymiary leżyska: 68 cm x 153 cm (+/- 2 cm) | TAK |  |
|  | Kat odchylenia zagłówka od -70st. do + 30 st. | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie 200 kg | TAK |  |
|  | Wymiary: 197 cm x 70 cm (+/- 2 cm) | TAK |  |
|  | Waga: 63 kg | TAK |  |
|  | Grubość leża i zagłówka min 6 cm | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 1.8 do SWZ**

**Szp/FZ – 74/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Pozycja nr 1**

**Przedmiot zamówienia – Rejestrator telemetryczny ciśnienia – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry i warunki** | **Wartość oferowana** | **Parametr punktowany \*)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Rejestrator telemetryczny NIBP – kompatybilny z posiadanym przez Zamawiającego systemem monitorowania M3150 Philips | Tak |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Pozycja nr 2**

**Przedmiot zamówienia – Rejestrator telemetryczny EKG – 3 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry i warunki** | **Wartość oferowana** | **Parametr punktowany \*)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Rejestrator telemetryczny EKG – kompatybilny z posiadanym przez Zamawiającego systemem monitorowania M3150 Philips | Tak |  |
|  | Zamawiający posiada telemetrie typ MX40 |  |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 1.9 do SWZ**

**Szp/FZ – 74/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Pozycja nr 1**

**Przedmiot zamówienia – Rejestrator Holter 12 kanałowy – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry i warunki** | **Wartość oferowana** | **Parametr punktowany \*)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Rejestrator 12 kanałowy | Tak |  |
|  | Kompatybilny z posiadanym przez Zamawiającego systemem BTL | Tak |  |
|  | Kabel pacjenta | Tak |  |
|  | 2 karty pamięci | Tak |  |
|  | 4 akumulatory AA | Tak |  |
|  | Dodatkowy futerał na każdy rejestrator | Tak |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Pozycja nr 2**

**Przedmiot zamówienia – Holter NIBP (ciśnienia krwi) – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry i warunki** | **Wartość oferowana** | **Parametr punktowany \*)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Rejestrator kompatybilny z posiadanym przez Zamawiającego systemem BTL | Tak |  |
|  | Kabel/mankiet pacjenta – 2 sztuki | Tak |  |
|  | 2 karty pamięci | Tak |  |
|  | 4 akumulatory AA | Tak |  |
|  | Dodatkowy futerał na rejestrator | Tak |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 1.10 do SWZ**

**Szp/FZ – 74/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Pozycja nr 1**

**Przedmiot zamówienia – Głowica USG przezprzełykowa – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry i warunki** | **Wartość oferowana** | **Parametr punktowany \*)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| 1, | Głowica USG przezklatkowa do USG typu VIVID E-9 | Tak |  |
| 2. | Głowica typ 6VT-D (4DTEE) | Tak |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 i 3 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Pozycja nr 2**

**Przedmiot zamówienia – Głowica USG przezklatkowa – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry i warunki** | **Wartość oferowana** | **Parametr punktowany \*)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| 1 | Głowica USG przezklatkowa do USG typu VIVID E-9 | Tak |  |
| 2 | Głowica typ M5Sc-D | Tak |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 i 3 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Pozycja nr 3**

**Przedmiot zamówienia – Głowica USG brzuszna – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry i warunki** | **Wartość oferowana** | **Parametr punktowany \*)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| 1 | Głowica USG brzuszna do USG typu VIVID iq Premium | Tak |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 i 3 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 1.11 do SWZ**

**Szp/FZ – 74/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Przedmiot zamówienia – Stymulator zewnętrzny jednojamowy – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane , opis, \*)** |
| --- | --- | --- | --- |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| 1 | Stała wartość napięcia na wyjściu | TAK |  |
| 2 | Podstawowa częstość stymulacji do 180 impulsów /minutę | TAK podać |  |
| 3 | Sygnał dźwiękowy dla czułości | TAK |  |
| 4 | Łatwość ustawiania parametrów stymulacji | TAK |  |
| 5 | Osłonka chroniąca przed przypadkowym przeprogramowaniem parametrów | TAK |  |
| 6 | Sygnał akustyczny informujący o niskim poziomie baterii, | TAK |  |
| 7 | Zabezpieczenie przed stymulacją „run-away" | TAK |  |
| 8 | Zestaw kabli i łączników gwarantujący skuteczność i bezpieczeństwo pacjenta | TAK |  |
| 9 | Częstość stymulacji 30 -180 imp/min | TAK |  |
| 10 | Amplituda impulsu 0,3 - 12 V +5% | TAK podać |  |
| 11 | Szerokość impulsu 0,75 ms + /- 0,02 ms | TAK podać |  |
| 12 | Czułość 1 - 20 mV, Asynchroniczny | TAK podać |  |
| 13 | Tryby pracy VVI, VOO opcjonalnie: bez sygnału dźwiękowego lub z sygnałem dźwiękowym | TAK podać |  |
| 14 | Refrakcja 250 ms | TAK podać |  |
| 15 | Zgodny ze standardowymi końcówkami łączników o średnicy od 0,9 do 2 mm. | TAK podać |  |
| 16 | Zgodny z wszystkimi standardowymi kablami wewnątrzsercowymi i elektrodami do czasowej stymulacji podłączanymi bezpośrednio do stymulatora. | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 3 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 1.12 do SWZ**

**Szp/FZ – 74/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Pozycja nr 1**

**Przedmiot zamówienia – Lampa zabiegowa – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane , opis, \*)** |
| --- | --- | --- | --- |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| 1 | Zasada oświetlenia : 6 reflektorów po 3pkt LED | TAK podać |  |
| 2 | Natężenie oświetlenia w odległości lm :60klx | TAK podać |  |
| 3 | Elektroniczna regulacja jasności na ramieniu lampy 25-60klx (41-100%) | TAK podać |  |
| 4 | Średnica pola operacyjnego d 10 (170mm) | TAK |  |
| 5 | Współczynnik odwzorowania barw Ra: 96 | TAK podać |  |
| 6 | Współczynnik odwzorowania barwy czerwonej R9: 96 | TAK podać |  |
| 7 | Temperatura barwowa źródła światła 4500 K | TAK podać |  |
| 8 | Żywotność modułów LED >50.000 h | TAK podać |  |
| 9 | Statyw umożliwiający dostosowanie czaszy do żądanego położenia | TAK |  |
| 10 | Podstawa jezdna wyposażona w 4 koła w tym 2 z hamulcami | TAK podać |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 3 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Pozycja nr 2**

**Przedmiot zamówienia – Lampa zabiegowa – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane , opis, \*)** |
| --- | --- | --- | --- |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| 1 | Lampa zabiegowa na statywie jezdnym — statyw z 4 kołami (2 koła z hamulcem) | TAK |  |
| 2 | Regulacja położenia lampy możliwa dzięki uchwytowi przy kopule zapewniającemu dokładne pozycjonowanie lampy | TAK |  |
| 3 | Okrągły kształt lampy zapewniający dokładne oświetlenie pola zabiegowego i bezcieniowość | TAK |  |
| 4 | Średnica kopuły do 30 cm. | TAK podać |  |
| 5 | Kopuła wyposażona w uchwyt brudny | TAK |  |
| 6 | Kopuła wyposażona w wymienny sterylizowany uchwyt (min. 2 uchwyty w komplecie) | TAK podać |  |
| 7 | Ramię poruszające się w pionie dzięki sprężynowemu systemowi równoważącemu | TAK |  |
| 8 | Możliwość obrotu kopuły względem osi pionowej i poziomej | TAK |  |
| 9 | Ilość źródeł światła - 18 (tylko białe diody LED) | TAK |  |
| 10 | Zastosowanie techniki diodowej eliminujące nagrzewanie się lampy | TAK podać |  |
| 11 | Natężenie oświetlenia w odległości 1 m: 60.000 lux | TAK podać |  |
| 12 | Wgłębność oświetlenie L1+L2: 130 cm | TAK podać |  |
| 13 | Współczynnik odwzorowania barw Ra 96 | TAK podać |  |
| 14 | Temperatura barwowa: 4.400 K | TAK podać |  |
| 15 | Regulacja natężenia oświetlenia realizowana bezdotykowo w min. w trzech krokach | TAK podać |  |
| 16 | Pobór mocy — 20 W | TAK podać |  |
| 17 | Waga do 35 kg | TAK podać |  |
| 18 | Żywotność źródła światła min 40.000 godz. | TAK podać |  |
| 19 | Klasa zabezpieczenia przed porażeniem elektrycznym: I | TAK podać |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 3 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Załącznik nr 1.13 do SWZ**

**Szp/FZ – 74/2021**

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

**Zadanie nr 10**

**Przedmiot zamówienia – Fotel laryngologiczny – 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………........................…………

Oferowany model …………………………………………………………..................................

Producent …………………………………………………………………………......................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………......................

Rok produkcji – **2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametr / Warunek** | **Wartość wymagana** | **Opis parametru oferowanego \*)** |
| **Elektromechaniczny Fotel laryngologiczny** | |  |  |
| 1 | silnik zintegrowany w kolumnę, regulowana wysokość w zakresie min. 51-71 cm za pomocą dwóch króćców umieszczonych symetrycznie po obu stronach podstawy. Każdy z króćców odpowiada zarówno za podwyższenie jak i za obniżenie fotela | TAK |  |
| **~~2~~** | **~~Możliwość zamówienia fotela pracującego w większym zakresie od min 51 do min 81 cm~~** | **~~TAK~~** |  |
| 3 | obrotowy z blokadą wybranej pozycji, blokada dostępna z obu stron siedziska | TAK |  |
| **~~4~~** | **~~Możliwość zamówienia opcji z obrotem samego siedziska bez obrotu sekcji pleców i nóg~~** | **~~TAK~~** |  |
| 5 | regulacja oparcia w zakresie do -10 ᵒ poniżej poziomu (pozycja Trendelburga), znacznik przy kącie pochylenia 30ᵒ do przeprowadzania prób kalorycznych, podłokietniki oraz podnóżek poruszający się synchronicznie wraz ze zmianą pozycji oparcia | TAK |  |
| 6 | możliwość uniesienia podłokietników do pozycji licującej z oparciem | TAK |  |
| **~~7~~** | **~~Możliwość do zamówienia regulowany zagłówek, typ „operacyjny”~~** | **~~TAK~~** |  |
| **~~8~~** | **~~Możliwość sterowania z poziomu pilota~~** | **~~TAK~~** |  |
| 9 | Waga fotela min 100kg | TAK, podać |  |
| 10 | Dopuszczalna waga pacjenta min 200 kg | TAK, podać |  |
| 11 | Długość po rozłożeniu min 190 cm | TAK, podać |  |
| **~~12~~** | **~~Możliwość zamówienia w opcji fotela obrotowego do obiektywizacji diagnostyki pacjentów z zawrotami głowy, obracanie elektromechniczne w zakresie ±180°~~** | **~~TAK, podać~~** |  |
| 13 | Możliwość zamówienia koloru obudowy z palety RAL | TAK |  |
| 14 | Możliwość zamówienia tapicerki w dwóch wariantach gładkiej i z przeszyciami i samodzielnej ich wymiany przez Zamawiającego | TAK |  |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać ewentualne zakresy***

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami wymaganymi. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.