**SOZ.383.41.2022 Załącznik nr 2 do SWZ**

**Formularz parametrów technicznych i użytkowych**

**Zadanie Nr 1- Elektrokardiograf z wózkiem -2 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2022)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Nazwa handlowa, model, producent | PODAĆ |  |
|  | Klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna | TAK |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy 7" o rozdzielczości 800x480 pikseli | TAK |  |
|  | Możliwość Konfiguracji ustawień aparatu oraz panelu sterowania | TAK |  |
|  | 12 odprowadzeń standardowych lub odprowadzenia Cabrera | TAK |  |
|  | Urządzenie z automatyczną analizą i interpretacją (wyniki analizy i interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta) | TAK |  |
|  | Wydruk w trybie 3, 6 lub 12 kanałów bezpośrednio z aparatu na zewnętrznej drukarce: wydruk A4 | TAK |  |
|  | Eksport badań bezpośrednio z aparatu do pamięci USB na nośnik typu PenDrive w formatach: PDF, SCP, CardioTEKA | TAK |  |
|  | Interfejs komunikacyjny: 3 x port USB, równoczesna komunikacja z PC, drukarką zewnętrzną, pamięcią USB - PenDrive | TAK |  |
|  | Interfejs komunikacyjny LAN umożliwiający wysyłanie zapisów badań EKG oraz dokumentacji medycznej w formie wiadomości e-mail bezpośrednio z aparatu na dowolną skrzynkę odbiorczą | TAK |  |
|  | Zapis automatyczny z funkcją zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie | TAK |  |
|  | Regulowana długość zapisu badania automatycznego – w przedziale od 6 do 30 sekund | TAK |  |
|  | Możliwe badanie w trybie: AUTO, MANUAL, SPIRO | TAK |  |
|  | Definiowalne etapy badania według ustalonych parametrów przy badaniu AUTOMANUAL | TAK |  |
|  | Prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s | TAK |  |
|  | Czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV | TAK |  |
|  | Pamięć z ustawialnym limitem ostatnich badań od 5 do min. 1000 | TAK |  |
|  | Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego oraz cyfrowy filtr pływania izolinii | TAK |  |
|  | Ciągły pomiar częstości akcji serca i jego prezentacja na wyświetlaczu | TAK |  |
|  | Detekcja stymulatora serca | TAK |  |
|  | Detekcja odpięcia elektrody, niezależna dla każdej elektrody | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym | TAK |  |
|  | Proste zakładanie papieru; szerokość papieru termicznego 112 mm | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe | TAK |  |
|  | Sygnalizacja stanu naładowania akumulatora | TAK |  |
|  | Dodatkowe wyposażenie: wózek  | TAK |  |
|  | Menu w języku polskim | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK |  |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 5 lat | TAK |  |
|  | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 14 dni (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 14 dni od zgłoszenia awarii | TAK |  |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
|  | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 2 - Manekin do przeprowadzania treningu z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej osób dorosłych- 1 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2022)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Nazwa handlowa, model, producent | PODAĆ |  |
| 2. | prawidłowo anatomicznie wykonany manekin | TAK |  |
| 3. | unosząca się klatka piersiowa podczas wykonywania sztucznego oddychania | TAK |  |
| 4. | realistyczna forma tułowia umożliwiająca znalezienie prawidłowego miejsca do ułożenia dłoni do ucisku | TAK |  |
| 5. | realistyczne opór stawiany przez klatkę piersiową przy wykonywaniu ucisków | TAK |  |
| 6. | symulowane tętno szyjne | TAK |  |
| 7. | manekin bez kończyn | TAK |  |
| 8. | możliwość regulacji twardości klatki piersiowej | TAK |  |
| 9. | naturalna niedrożność dróg oddechowych | TAK |  |
| 10. | manekin współpracujący z aplikacją mobilną | TAK |  |
| 11. | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 3 - Urządzenie do krioterapii zimnym powietrzem- 1 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2022)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Nazwa handlowa, model, producent | PODAĆ |  |
| 2. | Przepływ powietrza 350 L/min przy kriostymulacji | TAK |  |
| 3. | Temperatura powietrza do -35° C minimum | TAK |  |
| 4. | Przepływ powietrza 850 L/min przy schładzaniu | TAK |  |
| 5. | Temperatura powietrza do -7° C minimum | TAK |  |
| 6. | Urządzenie na 4 kółkach z hamulcem | TAK |  |
| 7. | Półka na laser | TAK |  |
| 8. | Menu w języku polskim | TAK |  |
| 9. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej | TAK |  |
| 10. | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK |  |
| 11. | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 5 lat | TAK |  |
| 12. | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 14 dni (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
| 13. | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 14 dni od zgłoszenia awarii | TAK |  |
| 14. | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
| 15. | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia | TAK |  |
| 16. | Szkolenie personelu Zamawiającego | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)

**Zadanie Nr 4 - Ssak elektryczny - 2 szt.**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**Nazwa przedmiotu zamówienia: …………………………………………………………….……………………………..….Producent/kraj pochodzenia……………………………………….…………………………………..………..………………typ/model/seria…………………………….………………...……Rok produkcji ………………………(co najmniej 2022)  |
| **L.p.** | **Opis parametrów**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Nazwa handlowa, model, producent | PODAĆ |  |
| 2. | Maksymalna wydajność (mierzona w zakresie pracy ze zbiornikiem na wydzieliny): nie mniejsza niż 30 l/min. *Podać maksymalną wydajność* *dla każdego trybu.* | TAK |  |
| 3. | Maksymalne podciśnienie: minimum -90 kPa / 675mmHg. *Podać.*  | TAK |  |
| 4. | Bezobsługowa (nie wymagająca konserwacji), bezolejowa, pompa tłokowa, niskoobrotowa (maksymalnie 48 obrotów / minutę przy maksymalnej wydajności). *Podać maksymalną liczbę obrotów /min przy maksymalnej wydajności* | TAK |  |
| 5. | Gładka, jednoczęściowa obudowa z dotykowym włącznikiem i wskaźnikiem LED, odporna na silne środki dezynfekcyjne.  | TAK |  |
| 6. | Ssak na kolumnowym wózku jezdnym, wykonanym ze stopów niekorodujących. | TAK |  |
| 7. | Cztery kółka jezdne – wszystkie z blokadą. | TAK |  |
| 8. | Szyna na akcesoria, zainstalowana na kolumnie. | TAK |  |
| 9. | Wbudowany manometr do pomiaru podciśnienia ze skalą w kPa i mmHg.  | TAK |  |
| 10. | Włącznik / wyłącznik nożny. | TAK |  |
| 11. | Włącznik / wyłącznik nożny, zintegrowany z wózkiem – wbudowany w wózek. *Opisać.* | TAK |  |
| 12. | Precyzyjne ustawianie podciśnienia za pomocą regulatora membranowego.  | TAK |  |
| 13. | Wielostopniowe zabezpieczenie przed zassaniem odsysanych płynów do wnętrza pompy. Zbiornik zabezpieczający o poj. 0,25l z mechanicznym zaworem odcinającym  | TAK |  |
| 14. | Ssak przystosowany do pracy ciągłej 24 godz. / dobę bez ryzyka przegrzania. | TAK |  |
| 15. | Poziom wytwarzanego hałasuponiżej 37dB *Podać.* | TAK |  |
| 16. | Ssak wyposażony w dwa zbiorniki wielorazowego użytku z podziałką, o pojemności 2,5 l (każdy), wykonane z nietłukącego się tworzywa, do wkładów jednorazowego użytku oraz 40 wkładów jednorazowych z żelem o poj. 2.5l i 5 filtrów. | TAK |  |
| 17. | Zbiorniki wyposażone w uchwyty do zamocowania na szynie, zainstalowanej na kolumnie ssaka. | TAK |  |
| 18. | Zbiorniki wyposażone w blokady zabezpieczające przed wysuwaniem się z uchwytu. | TAK |  |
| 19. | Możliwość stosowania zbiorników wielorazowego użytku na wydzieliny, autoklawowalnych, o różnych pojemnościach. *Podać dostępne pojemności.*  | TAK |  |
| 20. | Ssak wyposażony w zawór przełączający ssanie z jednego zbiornika na drugi bez konieczności odłączania / przełączania drenów. | TAK |  |
| 21. | Ssak wyposażony w dren silikonowy (dren do pacjenta) o długości minimum 2 m i metalowy uchwyt drenu. *Opisać.*  | TAK |  |
| 22. | Zasilanie urządzenia z sieci elektroenergetycznej 230 V AC 50 Hz. | TAK |  |
| 23. | Pobór mocy max.: 50W | TAK |  |
| 24. | Przewód zasilający min. 5m | TAK |  |
| 25. | Masa ssaka z wózkiem: nie większa niż 16 kg. *Podać.* | TAK |  |
| 26. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie wydrukowanej i w wersji elektronicznej na płycie CD. *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia.* | TAK |  |
| 27. | Paszport techniczny z informacjami zawierającymi datę zainstalowania ssaka i termin następnego przeglądu.*Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia.* | TAK |  |
| 28. | Producent ssaka, kraj pochodzenia – *podać.* | TAK |  |
| 29. | Nazwa / typ ssaka – *podać.* |  |  |
| 30. | Wyrób medyczny, klasy IIa, oznaczony znakiem CE. *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia kopię certyfikatu i deklaracji zgodności.* | TAK |  |
| 31. | Okres gwarancji: minimum 24 miesiące  | TAK |  |
| 32. | Autoryzowany serwis na terenie Polski. *Podać nazwę i siedzibę serwisu.* | TAK |  |
| 33. | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty dostawy. | TAK |  |
| 34. | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta, nie mniej niż 1 rocznie) | TAK |  |
| 35. | Szkolenie personelu Zamawiającego | TAK |  |

Wykonawca oświadcza, że oferowane urządzenie jest fabrycznie nowe, wolne od wad fizycznych i prawnych i objęta gwarancją producenta oraz spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 roku, poz. 186), jest zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji. Jednocześnie oświadczamy, iż oferowany przedmiot zamówienia gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 *.............................................................*

 (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)