

Ujednolicone Załączniki Nr 3/1 - 3/22 (po odpowiedziach z 04.08.2021 r. na złożone zapytania do SWZ)

Załącznik Nr 3/1
do SWZ Nr W.Sz.Z: TZ-280-54/21

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 1

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Unit okulistyczny z lampą szczelinową, tonometrem, autokeratorefraktometrem – 1 kpl.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1.	Unit okulistyczny			x
2.	Błat uchylny z przesuwem na dwa urządzenia (pravo lub lewostronnym w zależności od potrzeb)	TAK		x
3.	Unit sterowany za pomocą dotykowego panelu sterowania (m. in. regulacja wysokości blatu, ruch fotela góra-dół oraz włączanie urządzeń zewnętrznych)	TAK		x
4.	Szuflada na kasetę	TAK		x
5.	Rzutnik ze światłem halogenowym montowanym na unicie	TAK		x
6.	Ramię rzutnika w zestawie	TAK		x
7.	Fotel z podnóżkiem, maksymalna waga pacjenta min. 175 kg	TAK podać		Waga pacjenta 175 kg – 0 pkt > 175 kg - 10 pkt.
8.	Regulacja fotela w zakresie min. 180 mm	TAK podać		Regulacja w zakresie 180 mm – 0 pkt. > 180 mm – 10 pkt
9.	Lampa na maszcie sterowana z panelu sterowania	TAK		x
10.	Szerokość unitu przy wysuniętym blacie: max. 1560 mm	TAK		x

11.	Wysokość unitu max 2025 mm	TAK		x
12.	Lampa szczelinowa			x
13.	Lampa szczelinowa z oświetlaczem położonym poniżej części optycznej (typ "Zeiss").	TAK		x
14.	Minimum trzy powiększenia (10x, 16x, 25x)	TAK		x
15.	Zakres PD 55-77 mm (lub szerszy)	TAK		x
16.	Korekcja w zakresie -5D do 3D (lub szerszym)	TAK		x
17.	Filtr niebieski, zielony, kontrastujący siatkówkę – „amber”	TAK		x
18.	Płynna regulacja natężenia światła potencjometrem umieszczonym w bezpośrednim sąsiedztwie dżojstika, tak by obsługa dżojstika oraz potencjometru mogła być wykonywana jedną ręką.	TAK		x
19.	Ramię nośne mikroskopu posiadające kanał do prowadzenia przewodów umożliwiający poprowadzenie przewodów przystawki rejestratora obrazu (w przypadku rozbudowy w przyszłości) wewnątrz korpusu ramienia nośnego mikroskopu, tak by przewody nie przeszkadzały podczas pracy przy urządzeniu.	TAK		x
20.	Źródło światła halogenowe lub LED 10 W, 3 A	TAK		x
21.	Regulacja długości szczeliny w zakresie minimum od 1 do 14 mm	TAK podać		Regulacja w zakresie 1 – 14 mm - 0 pkt > 1 – 14 mm - 10 pkt.
22.	Regulacja szerokości szczeliny w zakresie minimum od 0 do 14 mm	TAK podać		Regulacja w zakresie 1 – 14 mm - 0 pkt > 1 – 14 mm - 10 pkt.
23.	Tonometr aplanacyjny z wyświetlaczem cyfrowym	TAK		x
24.	Autokeratorefraktotonometr z pachymetrem			x
25.	Zespolone urządzenie posiadające funkcje: - autorefraktometru, - keratometru, - pachymetru optycznego (bezdotykowego), - tonometru bezdotykowego.	TAK		x
26.	Urządzenie z automatycznie naprowadzaną głowicą na oko pacjenta. Automatyczna zmiana badanego oka.	TAK		x
27.	Sterowanie urządzenia za pomocą kolorowego ekranu dotykowego LCD. Wielkość ekranu min. 8”.	TAK podać		Ekran 8” – 0 pkt. > 8” – 10 pkt
28.	Odchylany i obrotowy pulpit sterowania urządzeniem, zapewniający możliwość obsługi urządzenia stojącego w narożniku pomieszczenia.	TAK		x

29.	Tryby pracy głowicy: - tryb automatyczny włącznie ze zmianą i wyszukiwaniem oka badanego, - tryb ręczny.	TAK		x
30.	Wbudowana drukarka, umożliwiająca bezpośredni wydruk dokonanych pomiarów.	TAK		x
31.	Parametry autorefraktometru: - minimalna średnica źrenicy 2 mm, - zakres pomiaru refrakcji sfery od -30D do +25D lub większy, z dokładnością 0,12D i 0,25D, - zakres pomiaru cylindra od -12D do +12D lub większy, z dokładnością 0,12D i 0,25D. - pomiar osi cylindra od 0 do 180 stopni co 1 stopień. - możliwość przedstawienia wyniku dla soczewki oddalonej (pomiar od jej tylnej powierzchni) od szczytu rogówki (VD) w odległości 0mm, 12.00mm, 13.75mm. - pojedynczy pomiar refrakcji realizowany poprzez skanowanie układu optycznego oka wiązką w kształcie okręgu, w obszarze większym niż wielkość kołowa wiązki, fizyczne uśrednienie pojedynczego wyniku w obszarze pomiarowym. - rozluźnianie akomodacji badanego poprzez ruch optotypu. - funkcja pomiaru oka z soczewką wszczepioną (IOL).	TAK		x
32.	Parametry keratometru: - zakres pomiaru mocy rogówki od 67D do 26D lub większy. - zakres pomiaru mocy astygmatyzmu rogówki od -12D do +12D lub większy. - pomiar osi astygmatyzmu rogówki od 0 do 180 stopni co 1 stopień. Możliwość pomiaru średnicy źrenicy, rogówki, itp.	TAK		x
33.	Parametry tonometru: - dokładność pomiaru max. 1 mmHg - zakres pomiaru od 1 mmHg do 60 mmHg. - elektroniczna blokada zabezpieczająca przed dotknięciem oka.	TAK		x
34.	Parametry pachymetru: - dokładność pomiaru 1 µm - zakres pomiaru od 400 µm do 750 µm - elektroniczna blokada zabezpieczająca przed dotknięciem oka.	TAK		x
35.	Kalkulacja ciśnienia wewnątrzgałkowego względem grubości rogówki.	TAK		x
36.	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			x
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x

b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		x
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		x
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		x
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)		x

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 2

Tabela Nr 1 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 2

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Autokeratorefraktotonometr z pachymetrem – 1 kpl.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1.	Autokeratorefraktotonometr z pachymetrem			x
2.	Zespolone urządzenie posiadające funkcje: - autorefraktometru, - keratometru, - pachymetru optycznego (bezdotykowego), - tonometru bezdotykowego.	TAK		x
3.	Urządzenie z automatycznie naprowadzaną głowicą na oko pacjenta. Automatyczna zmiana badanego oka.	TAK		x
4.	Sterowanie urządzenia za pomocą kolorowego ekranu dotykowego LCD. Wielkość ekranu min. 8”.	TAK podać		Ekran 8" – 0 pkt. > 8" – 10 pkt
5.	Odchylany i obrotowy pulpit sterowania urządzeniem, zapewniający możliwość obsługi urządzenia stojącego w narożniku pomieszczenia.	TAK		x
6.	Tryby pracy głowicy: - tryb automatyczny włącznie ze zmianą i wyszukiwaniem oka badanego, - tryb ręczny.	TAK		x
7.	Wbudowana drukarka, umożliwiająca bezpośredni wydruk dokonanych pomiarów.	TAK		x

8.	<p>Parametry autorefraktometru:</p> <ul style="list-style-type: none"> - minimalna średnica źrenicy 2 mm, - zakres pomiaru refrakcji sfery od -30D do +25D lub większy, z dokładnością 0,12D i 0,25D, - zakres pomiaru cylindra od -12D do +12D lub większy, z dokładnością 0,12D i 0,25D. - pomiar osi cylindra od 0 do 180 stopni co 1 stopień. - możliwość przedstawienia wyniku dla soczewki oddalonej (pomiar od jej tylnej powierzchni) od szczytu rogówki (VD) w odległości 0mm, 12.00mm, 13.75mm. - pojedynczy pomiar refrakcji realizowany poprzez skanowanie układu optycznego oka wiązką w kształcie okręgu, w obszarze większym niż wielkość kołowa wiązki, fizyczne uśrednienie pojedynczego wyniku w obszarze pomiarowym. - rozluźnianie akomodacji badanego poprzez ruch optotypu. - funkcja pomiaru oka z soczewką wszczepioną (IOL). 	TAK podać		Średnica 2 mm – 0 pkt. > 2 mm – 10 pkt.
9.	<p>Parametry keratometru:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zakres pomiaru mocy rogówki od 67D do 26D lub większy. - zakres pomiaru mocy astygmatyzmu rogówki od -12D do +12D lub większy. - pomiar osi astygmatyzmu rogówki od 0 do 180 stopni co 1 stopień. <p>Możliwość pomiaru średnicy źrenicy, rogówki, itp.</p>	TAK		x
10.	<p>Parametry tonometru:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dokładność pomiaru max. 1 mmHg - zakres pomiaru od 1 mmHg do 60 mmHg. - elektroniczna blokada zabezpieczająca przed dotknięciem oka. 	TAK		x
11.	<p>Parametry pachymetru:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dokładność pomiaru 1 µm - zakres pomiaru od 400 µm do 750 µm - elektroniczna blokada zabezpieczająca przed dotknięciem oka. 	TAK		x
12.	Kalkulacja ciśnienia wewnątrzgałkowego względem grubości rogówki.	TAK		x
13.	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu	TAK		x
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		x

c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK		x
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	TAK		x
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK		x
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK		x
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK		x
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK		x
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)		x

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 2 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w **Zadaniu Nr 2**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Autokeratorefraktometr – 1 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Wszystkie ruchy główne głowicy sterowane joystickiem	TAK		x
2	Kolorowy ekran ciekłokrystaliczny z możliwością regulacji kontrastu min. 8,5”	TAK podać		Ekran 8,5” – 0 pkt. > 8,5” – 10 pkt.
3	Funkcja pomiaru auto start i manualnie	TAK		x
4	Minimalna średnica źrenicy 2 mm	TAK podać		Średnica 2 mm – 0 pkt. > 2 mm – 10 pkt.
5	Możliwość pomiaru średnicy rogówki	TAK		x
6	Zakres pomiaru refrakcji sfery od -25D do +22D z dokładnością 0,12D i 0,25D	TAK		x
7	Zakres pomiaru cylindra od -10D do +10D z dokładnością 0,12D i 0,25D	TAK		x
8	Pomiar osi cylindra od 0 do 180 stopni, co 1 i 5 stopni	TAK		x
9	Możliwość przedstawienia wyniku dla soczewki oddalonej (pomiar od jej tylnej powierzchni) od szczytu rogówki (VD) w odległości 0mm, 12.00mm, 13.75mm	TAK		x
10	Pojedynczy pomiar refrakcji realizowany poprzez skanowanie układu optycznego oka wiązka w kształcie okręgu, w obszarze większym niż wielkość kołowa wiązki, fizyczne uśrednienie pojedynczego wyniku w obszarze pomiarowym	TAK		x
11	Rozluźnianie akomodacji badanego poprzez ruch optotypu	TAK		x

12	Funkcja szybkich pomiarów, realizowana poprzez wyłączenie procedury rozluźnienia akomodacji po pierwszym pomiarze	TAK		X
13	Możliwość pomiarów keratometrycznych	TAK		X
14	Zakres pomiaru mocy rogówki od 67,5D do 33,75D	TAK		X
15	Zakres pomiaru mocy astygmatyzmu rogówki od -10D do +10D	TAK		X
16	Pomiar osi astygmatyzmu rogówki od 0 do 180 stopni co 1 stopień	TAK		X
17	Funkcja pomiaru oka z soczewką wszczepioną (IOL)	TAK		X
18	Wbudowana drukarka, umożliwiająca bezpośredni wydruk dokonanych pomiarów	TAK		X
19	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		X
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		X
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		X
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X

i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK <i>(podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)</i>		x

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 3 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w **Zadaniu Nr 2**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Autokeratorefraktometr zwykły ze stolikiem – 1 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany (opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)	Parametry oceniane
1	Wszystkie ruchy główne głowicy sterowane joystickiem	TAK		x
2	Kolorowy ekran ciekłokrystaliczny z możliwością regulacji kontrastu min. 8,5"	TAK podać		Ekran 8,5" – 0 pkt. > 8,5" – 10 pkt.
3	Funkcja pomiaru auto start i manualnie	TAK		x
4	Minimalna średnica źrenicy 2 mm,	TAK podać		Średnica 2 mm – 0 pkt. > 2 mm – 10 pkt.
5	Możliwość pomiaru średnicy rogówki	TAK		x
6	Zakres pomiaru refrakcji sfery od -25D do +22D z dokładnością 0,12D i 0,25D	TAK		x
7	Zakres pomiaru cylindra od -10D do +10D z dokładnością 0,12D i 0,25D	TAK		x
8	Pomiar osi cylindra od 0 do 180 stopni, co 1 i 5 stopni	TAK		x
9	Możliwość przedstawienia wyniku dla soczewki oddalonej (pomiar od jej tylnej powierzchni) od szczytu rogówki (VD) w odległości 0mm, 12.00mm, 13.75mm	TAK		x
10	Pojedynczy pomiar refrakcji realizowany poprzez skanowanie układu optycznego oka wiązką w kształcie okręgu, w obszarze większym niż wielkość kołowa wiązki, fizyczne uśrednienie pojedynczego wyniku w obszarze pomiarowym	TAK		x
11	Rozluźnianie akomodacji badanego poprzez ruch optotypu	TAK		x

12	Funkcja szybkich pomiarów, realizowana poprzez wyłączenie procedury rozluźnienia akomodacji po pierwszym pomiarze	TAK		X
13	Możliwość pomiarów keratometrycznych	TAK		X
14	Zakres pomiaru mocy rogówki od 67,5D do 33,75D	TAK		X
15	Zakres pomiaru mocy astygmatyzmu rogówki od -10D do +10D	TAK		X
16	Pomiar osi astygmatyzmu rogówki od 0 do 180 stopni co 1 stopień	TAK		X
17	Funkcja pomiaru oka z soczewką wszczepioną (IOL)	TAK		X
18	Wbudowana drukarka, umożliwiająca bezpośredni wydruk dokonanych pomiarów	TAK		X
19	Na wyposażeniu stolik podnoszony elektrycznie z blatem na jedno urządzenie	TAK		X
20	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			X
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		X
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		X
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		X

g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK <i>(podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)</i>		x

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

**Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 3**

Tabela Nr 1 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 3

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Ekran LCD do badania ostrości wzroku – 5 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów <u>lub</u> ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Ekran LCD o przekątnej co najmniej 21”	TAK podać		Ekran 21” – 0 pkt. > 21” – 10 pkt.
2	Odległość robocza od 3 (lub mniej) do 6,0 m (lub więcej)	TAK podać		Odległość min. 3 – 6 m Najszerzy zakres odległości - 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie
3	Wymagane rodzaje znaków: - litery (z możliwością sprawdzenia visusu do 2,0), - cyfry (z możliwością sprawdzenia visusu do 2,0), - E-Snellena (z możliwością sprawdzenia visusu do 2,0), - C-Landolta (ISO 8596, z możliwością sprawdzenia visusu do 2,0), - dla dzieci min. trzy rodzaje optotypów i dodatkowo optotypy LEA i Allen, - „zegar”, - „solniczka”, - świetlny punkt fiksacyjny, - ETDRS, możliwość wykonania balansu czerwono - zielonego na każdej znakowej tablicy optotypów dla visusu powyżej 0,2 (dodatkowo zakładana maska czerwono – zielona).	TAK podać		x
4	Tablice wyświetlające znaki dla visusu powyżej 0,2 zawierające minimum 5 znaków w jednym wierszu i trzy znaki różnego visusu w jednej kolumnie.	TAK		x

5	Wymagany zakres badań: Dziesiętny: 0.05 do 2.0 LogMar: 1.3 do -0.30 Snellen (m): 120 do 3 Snellen (f): 400 do 10 Monoyer: 0.5 do 2.0			x
6	Możliwość pokazania osobno każdego pojedynczego znaku, wiersza i rzędu z tablicy (maski) oraz możliwość losowego dobierania znaku.	TAK		x
7	Testy kontrastu oraz rozróżniania barw z możliwością uzyskania raportu (możliwość transmisji wydruków do drukarki)	TAK		x
8	Automatyczne dostosowanie jasności ekranu do zewnętrznych warunków oświetleniowych.	TAK		x
9	Bezprzewodowy pilot zdalnego sterowania.	TAK		x
10	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			x
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych xw okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		x
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		x
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x

i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK <i>(podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)</i>		x

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 2 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 3

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Rzutnik optotypów – 5 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany (opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)	Parametry oceniane
1	Zakres wyświetlania wyostrzonych optotypów: od 3m do 6,1 m lub większy.	TAK		x
2	Wartość powiększenia optotypu 30x przy odległości 5 m.	TAK		x
3	Minimalna wielkość projekcji: 330mm x 270mm	TAK		x
4	Minimalna ilość optotypów: 30	TAK podać		Ilość optotypów 30 – 0 pkt. > 30 – 10 pkt
5	Szybkość zmiany optotypu: 0,03 sek	TAK		x
6	Możliwość wyświetlania pojedynczych wierszy, kolumn, i pojedyncze znaki poprzez nałożenie odpowiednich masek.	TAK		x
7	Możliwość definiowania programów na rzutniku. Minimalna ilość kroków w programie: 25.	TAK podać		Ilość kroków w programie 25 – 0 pkt. > 25 – 10 pkt.
8	Źródło światła: żarówka halogenowa 12V, 50W.	TAK		x
9	Automatyczne wyłączanie źródła światła po czasie bezczynności rzutnika.	TAK		x
10	Maksymalna waga urządzenia: 6 kg	TAK podać		Waga 6 kg – 0 pkt. < 6 kg – 10 pkt.
11	W komplecie pilot do sterowania rzutnikiem oraz ekran rzutnika	TAK		x
19	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			x
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x

b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		X
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		X
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		X
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		X
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		X
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)		X

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 3 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w **Zadaniu Nr 3**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Kaseta ze szklami próbnymi – 4 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Kaseta			x
2	Minimalna ilość szkieł: 250	TAK podać		Ilość szkieł 250 – 0 pkt. 251 - 300 szkieł – 5 pkt. > 300 szkieł – 10 pkt.
3	Szklą w metalowej oprawie nie ograniczającej pola widzenia, oznakowanej dwoma kolorami.	TAK		x
4	Zakres szkieł sferycznych: od +0,25 do +20D; od -0,25 do -20D;	TAK		x
5	Zakres szkieł cylindrycznych: od +0,25 do +6D; od -0,25 do -6D;	TAK		x
6	14 szkieł pryzmatycznych w zakresie od 0,5 do 10	TAK		x
7	10 szkieł specjalnych: Maddox, krzyż wygrawerowany na szkle, otwór (2szt), okluder, szczelina, czerwony filtr, zielony filtr, cylinder skrzyżowany, szkło o wartości 0D	TAK		x
8	Kaseta szkieł w walizce	TAK		x
9	Oprawa probiercza	TAK		x
10	Możliwość zainstalowania 4 szkieł próbnych równocześnie.	TAK/NIE		TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.
11	Obrót cylindra	TAK		x
12	Regulacja rozstawu źrenic	TAK		x
13	Regulacja długości zauszników	TAK		x
14	Regulacja podstawy nosa	TAK		x

15	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu		X
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	X
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK	X
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać	X
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK	X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.	X
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać	X
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	X
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	X
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK	X
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać	X
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)	X

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

**Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 4**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Mikroskop operacyjny okulistyczny – 1 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Statyw jezdny ze sprzęgłami elektromagnetycznymi oraz hamulcem podstawy jezdnej	TAK		x
2	System zabezpieczeń kół statywu przed najechaniem i uszkodzeniem kabli na podłodze sali operacyjnej	TAK		x
3	Zwarta budowa umożliwiająca łatwą dezynfekcję i mycie	TAK		x
4	Oświetlenie prowadzone światłowodem	TAK		x
5	Oświetlenie LED o temperaturze barwowej światła zbliżonej do światła dziennego Min. 4500 K znajdujące się poza głowicą mikroskopu	TAK		x
6	Moc oświetlacza LED min. 50 W	TAK podać		Moc oświetlacza 50 W - 0 pkt. > 50 W -10 pkt.
7	Włączany filtr pozwalający na uzyskanie światła halogenowego (ciepłego)	TAK		x

8	Układ XY z regulacją szybkości i centrowaniem w zakresie min. 61 x 61 mm	TAK podać		Centrowanie w zakresie min. 61 x 61 mm Najszerszy zakres – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie
9	Bezprzewodowy pedał nożny umożliwiający sterowanie funkcjami powiększenia, włączania i wyłączenia oświetlenia, ogniskowania, natężenia światła, sterowania funkcją XY, ogniskowania systemu do obrazowania zabiegów witreoretinalnych. W zestawie kabel bezpieczeństwa pozwalający na pracę przewodową w przypadku rozładowania baterii sterownika lub awarii modułu bezprzewodowego.	TAK		x
10	Zintegrowany (niedołączany) we wspólnej obudowie głowicy mikroskopu dzielnik optyczny do podłączenia dodatkowych akcesoriów.	TAK		x
11	Elektromotoryczne płynnie sterowane powiększenie w zakresie 1:6 (zoom) z regulacją szybkości działania	TAK		x
12	Włączana przesłona irysowa wzmacniająca głębię	TAK		x
13	Przesłona ochraniająca plamkę żółtą pacjenta.	TAK		x
14	Możliwość manualnej zmiany powiększenia w przypadku braku zasilania	TAK		x
15	Elektromotoryczna płynna regulacja ostrości (fokas min. 65mm) z centrowaniem oraz regulacją szybkości działania	TAK		x
16	Baza stereoskopii: 22 mm <i>Dopuszczamy mikroskop z bazą stereoskopii 24 mm zapewniającą optymalne widzenie przestrzenne oraz orientację w polu operacyjnym - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
17	System automatycznego podnoszenia głowicy mikroskopu dla implementacji soczewki IOL do kartridża i powrotu do pozycji wyjściowej	TAK		x
18	Ogniskowa obiektywu - 200 mm	TAK		x
19	Średnica obiektywu min. 65 mm	TAK podać		Średnica obiektywu 65 mm – 0 pkt. > 65 mm – 10 pkt.
20	Dwuwiązkowe oświetlenie stereokoaxialne prowadzone w obydwu drogach optycznych (po jednej wiązce na każdą drogę optyczną) oraz dodatkowa trzecia wiązka do oświetlenia pola obwodowego.	TAK		x

21	Wyświetlacz ciekłokrystaliczny umiejscowiony nad głową operatora wyświetlający podstawowe parametry: natężenie światła, zakres ogniskowania. <i>Dopuszczamy mikroskop z wyświetlaczem ciekłokrystalicznym umiejscowiony na regulowanym wysięgniku kolumny mikroskopu, bezpośrednio w zasięgu wzroku operatora, wyświetlający podstawowe parametry: natężenie światła, zakres ogniskowania - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK		x
22	Nasadka okularowa operatora uchylna w zakresie min. 180 ⁰ wraz z okularami o powiększeniu 12,5 x oraz korekcją w zakresie min. +5/-8 D	TAK		x
23	Mikroskop asytencki pozwalający na łatwą zamianę stronami, bez potrzeby demontażu elementów. Własny 5-stopniowy zmieniacz powiększeń. Własny system zmiany ogniskowania realizowany pokrętle. Tubus ukośny 45stopni wraz z okularami o powiększeniu 12,5 x oraz korekcją w zakresie min. +5/-8 D.	TAK		x
24	Filtr ochronny UV i IR	TAK		x
25	Uchwyty boczne mikroskopu do zwalniania sprzęgieł elektromagnetycznych i łatwego manewrowania głowicą. Każdy z uchwytów wyposażony w min. 3 programowalne przyciski uruchamiania funkcji. <i>Dopuszczamy uchwyty boczne mikroskopu do zwalniania sprzęgieł elektromagnetycznych i łatwego manewrowania głowicą z 2 programowalnymi funkcjami na każdym uchwycie, realizowanymi poprzez ruch obrotowy uchwytu - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
26	Pokrętko do ustawienia limitu wysokości zawieszenia mikroskopu nad polem operacyjnym	TAK		x
27	Kolorowa cyfrowa kamera video 1-chip FullHD. Sterownik oraz sensor kamery zabudowany bezpośrednio w mikroskopie nie wymagający stosowania dzielnika światła.	TAK		x
28	Monitor medyczny LCD o przekątnej min.22" mocowany na ramieniu wychylnym do statywu	TAK podać		Monitor 22" – 0 pkt. > 22" – 10 pkt.
29	Możliwość rozbudowy o zintegrowany w głowicy system 3D z funkcją przełączenia optyki na wizualizację standardową i 3D w celu zapewnienia najlepszego obrazu dla każdego zastosowania. Rozbudowa o system 3D ma umożliwiać również tradycyjną pracę z okularami bez demontażu jakiegokolwiek podzespołu lub elementu mikroskopu.			x
30	Gumowe nakładki na pokrętła sterujące pozwalające na ich sterylizację w autoklawie w ilości min. 3 komplety. <i>Dopuszczamy plastikowe nakładki na pokrętła sterujące pozwalające na ich sterylizację w autoklawie w ilości 3 komplety - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x

31	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		x
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		x
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		x
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)		x

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

**Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 5**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Tomograf optyczny OCT – 1 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Tomograf laserowy w technologii spektralnej koherentnej tomografii optycznej umożliwiający obrazowanie struktur tylnego i przedniego odcinka oka poprzez tworzenie przekrojów wzdłuż osi gałki ocznej	TAK		x
2	Dioda superluminescencyjna o długości fali 840 nm	TAK		x
3	Rozdzielczość osiowa aparatu (w tkance) min. 5 μ	TAK		x
4	Głębokość obrazowania min. 2.9 mm	TAK podać		Głębokość obrazowania 2,9 mm – 0 pkt. > 2,9 mm – 10 pkt.
5	Szybkość skanowania min. 100.000 A-skanów na sekundę	TAK podać		Szybkość skanowania min. 100.000 A-skanów na sekundę – 0 pkt. > 100.100 A-skanów na sekundę – 10 pkt.
6	Minimalna średnica źrenicy wymagana przy badaniu - 2 mm lub mniej	TAK		x
7	Podgląd na dno oka – laserowy oftalmoskop skaningowy (SLO)	TAK		x
8	Podgląd na oko pacjenta za pomocą kamery video CCD działającej w paśmie podczerwieni o rozdzielczości min. 1200 x 1000 pikseli	TAK		x

9	Wykonywanie skanów z możliwością ich przeglądania w osiach X,Y oraz Z	TAK		x
10	Możliwość wykonywania skanów w postaci zespołów linii i pól o wymiarach min. 12 x 12 mm	TAK		x
11	Możliwość szybkiej zmiany położenia obszaru skanowania widocznego w oknie podglądu dna oka za pomocą klawiatury lub myszki komputerowej	TAK		x
12	Podpórka pod czoło i brodę pacjenta sterowana elektrycznie z systemem automatycznego zapamiętywania tych ustawień dla następnej wizyty	TAK		x
13	Automatyczne rozpoznawanie oka prawego/lewego	TAK		x
14	Zakres kompensacji wady wzroku badanego min. +/- 20 D	TAK podać		Zakres kompensacji min. +/- 20 D Najszerzy zakres – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie
15	Stolik elektryczny i drukarka kolorowa laserowa	TAK		x
16	Zbiorczy raport wydruku zawierający pomiar grubości płamki i włókien RNFL z odniesieniem do baz normatywnych na jednej stronie kartki (dla jednego oka)	TAK		x
17	Funkcja tworzenia trójwymiarowych map powierzchni siatkówki	TAK		x
18	Automatyczny pomiar grubości siatkówki z funkcją automatycznego wyznaczenia środka płamki	TAK		x
19	Wbudowana baza normatywna grubości siatkówki w plamce	TAK		x
20	Tworzenie map różnic grubości siatkówki w czasie	TAK		x
21	Tworzenie trójwymiarowych modeli (segmentacja) map siatkówki, nabłonka barwnikowego siatkówki oraz wewnętrznej błony granicznej oraz pomiaru	TAK		x
22	Tworzenie ze skanów, trójwymiarowych modeli siatkówki z możliwością ich cięcia w płaszczyznach (3D rendering)	TAK		x
23				
24	Automatyczny pomiar grubości włókien nerwowych z funkcją tworzenia map grubości	TAK		x
25	Wbudowana normatywna baza danych dla włókien nerwowych	TAK		x

26	Tworzenie wykresów trendu zmian jaskrowych dla pomiarów grubości włókien nerwowych, pomiarów parametrów tarczy nerwowej, grubości komórek drobnozwojowych poszczególnych badań pacjenta.	TAK		x
27	Aktywny system śledzenia ruchów oka pacjenta (eye-tracker), pozwalający na kontynuację skanowania w przypadku przemieszczenia głowy pacjenta z podpory brody i czoła	TAK		x
28	Obiektywna analiza tarczy nerwu wzrokowego tj. obliczanie pola powierzchni tarczy i zagłębienia oraz RIM	TAK		x
29	Baza normatywna dla analizy tarczy nerwu wzrokowego	TAK		x
30	Pomiar warstwy komórek drobnozwojowych w plamce z odniesieniem do bazy normatywnej	TAK		x
31	Wspólna mapa grubości włókien nerwowych wokół tarczy nerwu wzrokowego oraz komórek drobnozwojowych w plamce	TAK		x
32	Skaner, system archiwizujący, komputer sterujący, podgląd na dno oka, podpora pod czoło i brodę pacjenta, zintegrowane w jednej obudowie aparatu	TAK		x
33	Bezprzewodowa klawiatura i myszka komputerowa	TAK		x
34	Komputer o pamięci wewnętrznej RAM min. 32GB oraz dyskiem SSD 128GB oraz dyskiem HDD 2TB, procesor wielordzeniowy dostosowany do sprawnej pracy komputera	TAK podać		x
35	System rejestracji szczegółów anatomicznych siatkówki dla obiektywnych i powtarzalnych porównań grubości plamki i włókien nerwowych	TAK		x
36	Możliwość udostępnienia zdalnych wyników badań (skanów) w sieci szpitalnej, poprzez możliwość przeglądania skanów oraz ich analiz w oparciu o wszystkie narzędzia programowe aparatu OCT (pomiar, porównania z normą wiekową, analizy trendu zmiany, mapy grubości, mapy różnic etc.)	TAK		x
37	Moduł pozwalający na bez kontrastowe obrazowanie unaczynienia siatkówki i naczyńki ze skanami pól o wymiarach min. 3x3 mm, 6x6 mm, 8x8 mm oraz 12x12 mmz wykorzystaniem analizy sygnału (analiza amplitudy i przesunięcia w fazie), z tworzeniem map różnic unaczynienia siatkówki w czasie, automatycznym wyznaczaniem FAZ i oceną perfuzji naczyniowej, montaż obrazów angio 14x14mm, skan tarczowy z algorytmem eliminującym wpływ dużych naczyń	TAK		x
38	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x

b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		X
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		X
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		X
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		X
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		X
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)		X

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 6

Tabela Nr 1 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 6

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Synoptofor – 1 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów <u>lub</u> ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1.	Zastosowanie - diagnostyka i terapia zeza, diplopii, amblopii, heteroforii	TAK		x
2.	Zakres powiększenia : 1.65x	TAK		x
3.	Średnica pola widzenia min.: $\geq 56\text{mm}$	TAK podać		Średnica pola widzenia 56 mm – 0 pkt. > 56 mm – 10 pkt.
4.	Czerwone światło o długości fali: $\lambda = 640\text{nm}$	TAK		x
5.	Obrót lewej i prawej tuby wokół osi poziomej: $\pm 30^\circ$	TAK		x
6.	Min. 20 par obrazków	TAK podać		20 par obrazków – 0 pkt. > 20 par – 10 pkt.
7.	Zakres przesuwu obrazków w górę i w dół według osi: $\pm 10 \Delta$	TAK		x
8.	Zakres przesuwu obrazków w górę i w dół wokół osi optycznej: $\pm 20^\circ$	TAK		x

9.	Zakres regulacji odległości badania: min. 45-75 mm	TAK podać	Zakres regulacji odległości badania min. 45-75 mm. Najszerszy zakres – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie
10.	Oświetlenie LED	TAK	
11.	Regulowane zjawisko Haidingera: 50-100 obrotów/min	TAK	
12.	Wbudowany generator błysków	TAK	
13.	Regulacja błysków: ręczna lub automatyczna	TAK	
14.	Regulacja częstotliwości błysku: 30-300/min w minimum 10 krokach	TAK	
15.	Stolik elektro-mechaniczny pod urządzenie	TAK	
16.	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu		
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK	
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać	
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK	
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.	

f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)		

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 2 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 6

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Autorefraktometr ręczny z keratometrem – 1 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany (opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)	Parametry oceniane
1.	Zakres pomiarowy dla sfery min. od -20D do +23D	TAK podać		Sfery min. od -20D do +23D. Najszerszy zakres – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie
2.	Zakres pomiarowy dla cylindra min. od 0D do 12D	TAK podać		Zakres pomiarowy dla cylindra min. od 0D do 12D. Najszerszy zakres – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie
3.	Zakres pomiarowy osi cylindra min. od 1° do 180°	TAK podać		x
4.	Min. średnica źrenicy 2,0 mm	TAK		x
5.	Regulacja VD min. 0mm i 12mm	TAK		x
6.	Zakres pomiarowy krzywizny rogówki min. od 5mm do 15 mm	TAK podać		Zakres pomiarowy krzywizny rogówki min. od 5mm do 15 mm. Najszerszy zakres – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie
7.	Automatyczny pomiar średnicy źrenicy	TAK		x
8.	Podgląd badanego oka realizowany za pomocą okulara z funkcją odchylania	TAK/NIE		TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.
9.	Regulacja okulara operatora w zakresie min. +/- 8D	TAK podać		Regulacja okulara operatora w zakresie min. +/- 8D. Najszerszy zakres – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie
10.	Możliwość pomiaru pod różnymi kątami	TAK		x
11.	Wbudowany sensor odchylenia autorefraktometru w poziomie w trakcie badania	TAK		x
12.	Automatyczna i manualna regulacja jasności optotypu	TAK		x

13.	Wskaźnik prawidłowej odległości autorefraktometru od oka w trakcie badania	TAK		x
14.	Wskaźnik wiarygodności badania	TAK/NIE		TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.
15.	Tryb pomiaru dla dzieci i dla osób z oczopląsem	TAK		x
16.	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		x
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		x
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		x
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x

k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK <i>(podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)</i>	x
----	---	---	---

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 7

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Stół zabiegowy okulistyczny – 1 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Stół osadzony na jednej elektromechanicznej regulowanej kolumnie	TAK		x
2	Stół przeznaczony do prowadzenia zabiegów okulistycznych w pozycji leżącej oraz w pozycji siedzącej	TAK		x
3	Cztero - segmentowa powierzchnia robocza (segment głowy, pleców, siedzenia, segment nożny)	TAK		x
4	Napęd stołu elektromechaniczny. <i>Dopuszczamy stół wyposażony w napęd elektrohydrauliczny - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
5	Stół wyposażony w 4 silniki elektromechaniczne. <i>Dopuszczamy stół wyposażony w 5 silników - odpowiedź na zapytanie do SWZ. Dopuszczamy stół wyposażony w 5 silników elektrohydraulicznych - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
6	Stół wyposażony w programator 3 pozycji zabiegowych. Możliwość zapamiętania i realizacji wszystkich 3 programów za pomocą przewodowego pilota ręcznego oraz za pomocą nożnego przewodowego panelu sterującego. <i>Dopuszczamy możliwość zapamiętywania 8 pozycji dostępnych z pozycji przewodowego pilota - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x

7	Cała podstawa stołu oraz kolumna obudowane szczelną tworzywową osłoną w kolorze białym. <i>Dopuszczamy stół wyposażony w podstawę oraz kolumnę wykonaną ze stali nierdzewnej bez osłon i powłok lakierniczych co ułatwi użycie, mycie, dezynfekcję i podnosi trwałość stołu - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
8	Stół osadzony na przejezdnej podstawie kółka średnica 75mm wyposażone w indywidualne hamulce. <i>Dopuszczamy koła o średnicy 125mm, dwie mechanicznie obsługiwane dźwignie blokujące po dwa koła z możliwością blokady kierunkowej - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i> <i>Dopuszczamy stół wyposażony w kółka o średnicy 120 mm z możliwością hamowania - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK		x
9	Całkowita długość stołu w pozycji leża 2000mm +/-50mm. <i>Dopuszczamy długość 2000mm, -100mm/+50mm - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>			x
10	Szerokość powierzchni roboczej 640mm +/-20mm <i>Dopuszczamy szerokość powierzchni roboczej 640mm, -30mm/+20mm - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i> <i>Dopuszczamy stół z szerokością powierzchni roboczej 590 mm bez podłokietników - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK		x
11	Szerokość powierzchni roboczej z listwami 670mm +/-20mm. <i>Dopuszczamy stół nie posiadający listew, o szer. powierzchni roboczej 670mm, -60mm/+20mm - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i> <i>Dopuszczamy stół z szerokością powierzchni roboczej 870 mm z podłokietnikami - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK		x
12	Regulacja wysokości elektromechaniczna w zakresie minimum 660-940 mm sterowanie za pomocą kablowego pilota ręcznego oraz za pomocą nożnego przewodowego panelu sterującego. <i>Dopuszczamy regulacje wysokości w zakresie minimum 660-925 mm sterowaną tylko za pomocą kablowego pilota - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK podać		Regulacja w zakresie 660 - 940 925 mm – 0 pkt. > 660 - 940 925 mm – 10 pkt.
13	Regulacja segmentu pleców elektromechaniczna w zakresie minimum -5/+65° sterowanie za pomocą kablowego pilota ręcznego oraz za pomocą nożnego przewodowego panelu sterującego.	TAK podać		Regulacja segmentu pleców w zakresie min. -5/+65°. Największy zakres – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie

14	<p>Regulacja segmentu nożnego – elektromechaniczna w zakresie minimum $-5/+80^{\circ}$, sterowanie za pomocą kablowego pilota ręcznego oraz za pomocą nożnego przewodowego panelu sterującego.</p> <p><i>Regulacja segmentu nożnego elektromechaniczna w zakresie minimum $+5/-80^{\circ}$, sterowanie za pomocą kablowego pilota ręcznego oraz za pomocą nożnego przewodowego panelu sterującego - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i></p> <p><i>Dopuszczamy stół z regulacją segmentu nożnego w zakresie od $+28^{\circ}$ do -90° - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i></p>	TAK podać		Regulacja segmentu nożnego w zakresie min. $+5/-80^{\circ}$. Największy zakres – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie
15	<p>Stały kąt ustawienia segmentu siedzenia $+5^{\circ}$</p> <p><i>Dopuszczamy zakres regulowany segmentu siedzenia -5° do $+35^{\circ}$ - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i></p> <p><i>Dopuszczamy stół z regulacją segmentu siedzenia w zakresie od -9° do $+25^{\circ}$ - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i></p>	TAK		x
16	<p>Regulacja segmentu głowy elektromechaniczna $+/-30^{\circ}$ sterowanie za pomocą kablowego pilota ręcznego oraz za pomocą nożnego przewodowego panelu sterującego.</p> <p><i>Dopuszczamy regulację segmentu głowy w zakresie -29° do $+35^{\circ}$, sterowanie za pomocą kablowego pilota ręcznego oraz za pomocą nożnego przewodowego panelu sterującego - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i></p>	TAK		x
17	<p>Pozostałe niezbędne wyposażenie do stołu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 para euro-listew na segmencie pleców; - 1 para euro-listew na segmencie siedzenia; - poliuretanowa podpórka infuzyjną ręki z mocowaniem na listwie - szt. 1 - podpórki rąk pacjenta z tworzywa sztucznego, pełniące również role zabezpieczenia bocznego (łatwo demontowane z listew stołu) - 1 para. <p><i>Dopuszczamy stół nie posiadający euro-listew - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i></p> <p><i>Dopuszczamy podpórki rąk pacjenta łatwo demontowane z korpusu stołu odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i></p>	TAK podać		x
18	Możliwość wyboru koloru tapicerki minimum 10 kolorów	TAK		x
19	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu	TAK		x
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		x

c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		x
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		x
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)		x

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 8

Tabela Nr 1 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 8

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Taboret okulistyczny – 12 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów <u>lub</u> ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1.	Taboret o wygodnym siedzisku, wyposażony w trwałe, podgumowane kółka, pozwalające na płynne przemieszczanie się wokół pacjenta	TAK		x
2.	Średnica siedziska: 34 cm +/-1cm <i><u>Dopuszczamy taboret o średnicy siedziska 38,5 x 42,5 cm w kształcie owalu - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</u></i>	TAK podać		x
3.	Średnica podstawy: 60 cm +/-1cm. <i><u>Dopuszczamy średnicę podstawy 60 cm +/- 2cm - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</u></i>	TAK		x
4.	Grubość pianki siedziska: 4 cm +/- 0,5cm <i><u>Dopuszczamy grubość pianki 3,5 - 10 cm - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</u></i>	TAK		x
5.	Wysokość regulowana w zakresie minimum: 46 - 58 cm. <i><u>Dopuszczamy wys. regulowaną w zakresie minimum 51-58 mm - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</u></i>	TAK podać		Wysokość regul. w zakresie min. 46 51 - 58 cm Największy zakres – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie
6.	Dopuszczalne obciążenie: min. 110 kg	TAK podać		Dopuszczalne obciążenie 110 kg – 0 pkt. > 110 kg – 10 pkt.
7.	Waga taboretu maksymalnie 6,0 kg. <i><u>Dopuszczamy wagę taboretu 9 kg - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</u></i>	TAK Podać		Waga taboretu 6,0 9,0 kg – 0 pkt < 6,0 9,0 kg – 10 pkt

8.	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu		
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	x
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK	x
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać	x
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK	x
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.	x
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać	x
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	x
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	x
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK	x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać	x
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)	x

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 2 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w **Zadaniu Nr 8**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Fotel-taboret okulistyczny – 3 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany (opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)	Parametry oceniane
1	Taboret o wygodnym siedzisku, wyposażony w trwałe, podgumowane kółka, pozwalające na płynne przemieszczanie się wokół pacjenta	TAK		x
2	Taboret wyposażony w podnózek, podłokietnik i oparcie. <i>Dopuszczamy taboret wyposażony w podnózek oraz podłokietnik, który może pełnić również funkcję oparcia - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK		x
3	Średnica siedziska: 34 cm +/- 1cm. <i>Dopuszczamy fotel-taboret okulistyczny o średnicy siedziska 38,5 x 42,5 cm w kształcie owalu - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK podać		x
4	Średnica podstawy: 60 cm +/- 1cm <i>Dopuszczamy fotel-taboret okulistyczny o średnicy podstawy 60 cm +/- 2cm - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
5	Grubość pianki siedziska: 4 cm +/- 0,5cm. <i>Dopuszczamy fotel-taboret okulistyczny o grubość pianki 3,5 - 5,4 cm - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
6	Wysokość regulowana w zakresie minimum: 65 - 80 cm. <i>Dopuszczamy wys. regulowaną w zakresie minimum 65-73 mm - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK podać		Wysokość regulowana w zakresie min. 65 - 80 73cm. Największy zakres – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie
7	Dopuszczalne obciążenie: min. 110 kg	TAK podać		Dopuszczalne obciążenie 110 kg – 0 pkt. > 110 kg – 10 pkt.
8	Oslona sprężyny gazowej: chromowana	TAK		x
9	Waga taboretu maksymalnie 12 kg	TAK podać		Waga taboretu 12 kg – 0 pkt < 12 kg – 10 pkt

10	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			x
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		x
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		x
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		x
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK <i>(podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)</i>		x

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 3 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 8

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Fotel operatora – 1 szt.**

Typ/Model(podać):

Producent(podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany (opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)	Parametry oceniane
1.	Wielozadaniowy fotel operatora zapewniający maksymalny komfort chirurga podczas długotrwałych zabiegów	TAK		x
2.	Fotel zasilany akumulatorowo			x
3.	Elektryczna regulacja wysokości w zakresie minimum od 560 -710 mm	TAK podać		Regulacja wysokości w zakresie od min. 560 -710 mm Największy zakres – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie
4.	Ergonomiczne siedzisko o rozmiarze 420x420 mm +/- 10 mm. <i>Dopuszczamy fotel operatora z siedziskiem w rozmiarze 420x420 mm +/- 20 mm - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK podać		x
5.	Grubość siedziska minimum 80 mm	TAK		x
6.	Regulacja podłokietników przód-tył, pochylenie, odchylenie na boki	TAK podać		x
7.	Regulacja wysokości podłokietników 140 x 290 mm +/- 10 mm	TAK podać		x
8.	Ruch siedziska przód-tył 150mm +/-10mm	TAK podać		x
9.	Regulacja pochylenia siedziska min. 10°	TAK podać		x
10	Pięć podwójnych kółek o średnicy 75mm	TAK		x

11	Hamulec blokowany przez nacisk stopą i zwalniany przy pomocy pięty	TAK		x
12	Maksymalny czas ładowania akumulatora min. 4,5 h	TAK podać		Czas ładowania 4,5 h – 0 pkt. < 4,5 h – 10 pkt.
13	Długość cyklu pracy silnika elektrycznego 6 min. +/- 1 min.	TAK		x
14	Maksymalna waga operatora 250 kg <i>Dopuszczamy max wagę operatora 150 kg - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
15	Waga fotela maksymalne 60 kg	TAK podać		Waga 60 kg – 0 pkt. < 60 kg – 10 pkt
16	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		x
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		x
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		x
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x

i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK <i>(podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)</i>		x

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 9

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Aparat ABR – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymagań lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1.	JEDNOSTKA GŁÓWNA			x
2.	Jednostka główna podłączana do komputera PC.	TAK		x
3.	Wbudowany bezpieczny transformator medyczny. Optyczna izolacja przedwzmacniacza.	TAK		x
4.	W zestawie baza danych	TAK		x
5.	Rodzaj bazy danych: SQL. Format: XML	TAK		x
6.	Pełna kompatybilność sieciowa	TAK		x
7.	Nieograniczona pojemność	TAK		x
8.	Dane demograficzne pacjentów	TAK		x
9.	Języki oprogramowania Polski	TAK		x
10.	Wymiary max.: (Dł. x Sz. x Wys.) 28 x 32 x 5,5 cm +/- 1 cm. <i>Dopuszczamy urządzenie o wymiarach (Dł. x Sz. x Wys.) 29.5 x 37.3 x 6.7cm - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
11.	Waga: max 3 kg bez akcesoriów	TAK podać		Waga bez akcesoriów 3 kg - 0 pkt. < 3 kg – 5 pkt.

12.	Normy: IEC 60601-1 (Bezpieczeństwo) Klasa I, Typ BF. IEC 60601-1-1 (Bezpieczeństwo systemów) Klasa I, Typ BF. IEC 60601-1-2 (EMC). <i>Dopuszczamy urządzenie o klasie B dla urządzenia głównego, klasie BF dla peryferii - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
13.	MODUŁ POTENCJAŁÓW WYWOŁANYCH PNIA MÓZGU (ABR)			x
14.	Moduł przeznaczone do elektrofizjologicznej oceny, dokumentowania i diagnozowania zaburzeń słuchu, 2-kanałowy system do badania potencjałów wywołanych. Moduł pozwalający na rejestrowanie potencjałów ABR średnio i późnolatencyjnych, przeznaczony dla pacjentów ze wszystkich grup wiekowych.	TAK		x
15.	Bodziec			x
16.	Częstość bodźca: 0,1 do 80,1 bodźców na sekundę w krokach, co 0,1. <i>Dopuszczamy urządzenie z częstością bodźca o 0 do 100 na sekundę w krokach co 0,1 - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
17.	Obwiednie / okna: Bartletta, Blackmana, Gaussa, Hamminga, Hanninga, prostokątne i ręczne (wzrost, opadanie i plateau). <i>Dopuszczamy urządzenie z obwiedniami /oknami typu: Prostokątny, Hanna, Blackmana i Gaussa, trapezoidalny, wydłużony cosinus bez Barletta, Hamminga, Hanniga - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
18.	Maskowanie: Biały szum. Kalibracja i prezentacja w peSPL.	TAK		x
19.	Przetwornik: Słuchawki kostne, możliwość zastosowania przetwornika kostnego	TAK podać		Słuchawka kostna - 10 pkt. Brak słuchawki kostnej - 0 pkt.
20.	Poziom: 20–135,5 dB peSPL, (-10–100 dB nHL) w krokach, co 1 dB. <i>Dopuszczamy urządzenie z poziomem natężenia bodźca w zakresie 20–132dB peSPL, (-10–100 dB nHL) w krokach, co 1 dB - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
21.	Polaryzacja: Sprężanie, rozprężanie, przemienna.	TAK		x
22.	Trzask: 100 μs (200 Hz – 11 kHz)	TAK		x
23.	Częstotliwość krótkiego impulsu tonalnego: zakresy minimum 250 - 8000 Hz (podać konkretnie).	TAK podać		Minimum 8 zakresów - 0 pkt. Powyżej 8 zakresów - 10 pkt.
24.	Czas stymulacji krótkim impulsem tonalnym: Stymulacja do 780 ms. <i>Dopuszczamy urządzenie z czasem stymulacji krótkim impulsem tonalnym: Stymulacja do 500 ms - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x

25.	Częst. NB CE-Chirp LS: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. <i>Dopuszczamy urządzenie z bodźcem CE Chirps OB 500,1000,2000,4000 Hz - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		X
26.	Szerokopasmowy CEChirp LS: 200 Hz – 11 kHz	TAK		X
27.	Poziom maskowania: +30 dB do -40 dB względem bodźca prezentowanego w peSPL	TAK		X
28.	Rejestracja			X
29.	Długość analizy: -150 ms przed bodźcem i do 1050 ms (w zależności od licencji).	TAK		X
30.	Rozdzielczość przetwarzania AC: 16 bitów	TAK		X
31.	Częstotliwość próbkowania: 30 kHz <i>Dopuszczamy urządzenie z rejestracją częstotliwości próbkowania w zakresie 200 Hz do 40kHz - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		X
32.	System odrzucania zakłóceń i zniekształceń: Standardowy system napięciowy	TAK		X
33.	Poziomy odrzucania: Ręcznie 0,2 – 640 μ V na wejściu w krokach 0,1 uV. <i>Dopuszczamy urządzenie z poziomami odrzucania 0.5 - 2000 uV na wejściu z krokami 0.1 uV - - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		X
34.	Filtr antyaliasingu: Analogowy 5 kHz, 24 dB / oktawa <i>Dopuszczamy urządzenie z filtrem cyfrowym w miejsce filtrów analogowych - - odpowiedź na zapytanie do SWZ</i>	TAK		X
35.	Punktów na ślad: 450 wyświetlanych. <i>Dopuszczamy urządzenie z rejestracją 1024 punktów na ślad - odpowiedź na zapytanie do SWZ .</i>	TAK		X
36.	Filtr dolnoprzepustowy: Brak lub 17–12000 Hz zależnie od rodzaju pomiaru. <i>Dopuszczamy urządzenie z filtrem dolnoprzepustowym w zakresie 30 do 5000Hz - odpowiedź na zapytanie do SWZ</i>	TAK		X
37.	Filtr SOI 33-stopniowy bez przemieszczenia latencji szczytu fali. <i>Dopuszczamy urządzenie bez filtra SOI - odpowiedź na zapytanie do SWZ .</i>	TAK		X
38.	Filtr górnoprzepustowy: 0,83 Hz do 500 Hz zależnie od rodzaju pomiaru. <i>Dopuszczamy urządzenie z filtrem górnoprzepustowym od 0,1Hz do 300Hz - odpowiedź na zapytanie do SWZ .</i>	TAK		X
39.	Filtr dolnoprzepustowy DSP: 100; 300; 750; 1k; 1,5k; 2k; 3k; 4k; 5k; 7,5k Hz. <i>Dopuszczamy urządzenie z filtrem dolnoprzepustowym DSP: 30,100,300,500,1000, 1500, 3000, 5000 Hz - odpowiedź na zapytanie do SWZ .</i>	TAK		X

40.	Filtr górnoprzepustowy DSP: 0,5; 1,0; 3,3; 10; 33; 100 Hz <i>Dopuszczamy urządzenie z filtrem górnoprzepustowym DSP: 0.1, 1.0, 10, 30,70, 100,150,300 Hz - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		X
41.	Regulowane parametry			X
42.	Częstość bodźców	TAK		X
43.	Liczba bodźców	TAK		X
44.	Polaryzacja	TAK		X
45.	Trzask	TAK		X
46.	Krótki impuls tonalny (częstotliwość, liczba fal sinusoidalnych, okno),	TAK		X
47.	Natężenie bodźca,	TAK		X
48.	Liczba krzywych w natężeniu	TAK		X
49.	Natężenie (wzrastające, opadające),	TAK		X
50.	Tłumienie	TAK		X
51.	Stymulowane ucho	TAK		X
52.	Przetwornik,	TAK		X
53.	Poziom zagłuszenia	TAK		X
54.	Wstępne ustawienia filtra	TAK		X
55.	Rozpoczęcie rejestracji	TAK		X
56.	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		X
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1,5 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		X
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		X
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X

f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		X
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		X
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		X
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)		X

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz **inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 10**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Audiometr diagnostyczny – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Audiometr diagnostyczny dwukanałowy	TAK		x
2	Możliwość wykonania badań w trybie automatycznym	TAK		x
3	Komunikacja z komputerem PC.	TAK		x
4	Możliwość sterowania audiometrem za pomocą komputera, na którym zapisywane są wyniki przeprowadzonych badań	TAK		x
5	Oprogramowanie w audiometrze w języku polskim	TAK		x
6	Audiometr diagnostyczny klasy II	TAK		x
7	Klasa bezpieczeństwa: IEC 60601-1, ES60601-1/A2:2010, CAN/CSA-C22.2 Nr 60601-1-:2008 Normy dla audiometrii: IEC 60645-1/ANSI S3.6:2010 typ 2	TAK		x
8	Znak CE.	TAK		x
9	Audiometria tonalna			x
10	Przewodnictwo powietrzne, kostne oraz wolne pole	TAK podać		Wolne pole- 10 pkt. Brak wolnego pola - 0 pkt.
11	Próby nadprogowe: ABLB, Stenger, SISI, Weber, Autotest	TAK		x
12	Badanie ręczne oraz automatyczne	TAK		x
13	Zakres od 125 do 8000 Hz	TAK		x

14	Dostępne częstotliwości diagnostyczne: 125, 250, 500, 750, 1500, 2000, 3000, 4000, 6000, 8000 Hz (wymagane). Możliwość rozbudowy o częstotliwość 9000, 10000, 11200, 14000, 16000, 18000, 20000 Hz.	TAK podać		możliwość rozbudowy o częstotliwość 9000, 10000, 11200, 14000, 16000, 18000, 20000 Hz TAK - 5 pkt. NIE - 0 pkt.
15	Natężenie: od -10 do 120 dB dla AC, -10 do 80 dB dla BC	TAK		x
16	Skok natężenia: 1 dB, 2 dB i 5 dB	TAK		x
17	Maskowanie szumem szerokopasmowym i wąskopasmowym	TAK		x
18	Ton prosty, modulowany i pulsujący	TAK		x
19	Regulacja czasu trwania impulsu w zakresie min. 200 ms do 5000 ms	TAK		x
20	Częstotliwość modulacji tonu minimum od 1 do 25 Hz	TAK		x
21	Poziom regulacji tonu minimum od 0,5 do 25%	TAK		x
22	Możliwość wyboru strategii zmiany częstotliwości: motyl, z dołu do góry	TAK		x
23	Możliwość wykonania badań w wolnym polu	TAK		x
24	Audiometria słowna			
25	Audiometria słowna, polskie testy słowne w pamięci wewnętrznej audiometru	TAK/NIE		TAK- 10 pkt NIE – 0 pkt.
26	Wbudowany automatyczny licznik wyników mowy.	TAK		x
27	Możliwość rozbudowy audiometru o dodatkowe testy: Quick SIN szybka mowa w szumie	TAK		x
28	Możliwość oceny testu mowy poprzez określenie ilości poprawnie powtórzonych fenomów, tzw indeksacja fenomowa	TAK		x
29	Parametry techniczne - użytkowe			
30	Wyświetlacz kolorowy 5,7 cala, rozdzielczość 640 x 480 pikseli	TAK		x
31	Możliwość regulacji kąta nachylenia wyświetlacza oraz jasności wyświetlania	TAK		x
32	Pamięć wewnętrzna na minimum 50000 wyników badań dla 500 pacjentów	TAK		x
33	Aktywne przyciski oznaczone świecącymi diodami z regulacją jasności LED	TAK		x
34	Możliwość podłączenia standardowej klawiatury komputerowej i myszki do audiometru lub klawiatury komputerowej w celu wpisywania danych pacjentów	TAK		x
35	Komunikacja dwukierunkowa z pacjentem, audiometr wyposażony w mikrofon na tzw. „gęsiej szyi”	TAK		x
36	Wydruk na drukarce dołączonej bezpośrednio do audiometru za pomocą portu USB, raport z badania w języku polskim	TAK		x

37	Monitorowanie sygnału: przez wbudowany głośnik, przez zewnętrzną słuchawkę, zewnętrzny głośnik	TAK		X
38	Praca w trybie dwukanałowym, możliwość podania bodźca z dwóch różnych kanałów do tego samego ucha	TAK		X
39	Wyposażenie audiometru			X
40	Słuchawki powietrzne	TAK		X
41	Przetwornik kostny	TAK		
42	Przycisk pacjenta	TAK		X
43	Przewód USB	TAK		X
44	Oprogramowanie do obsługi audiometru za pomocą komputera w języku polskim, interfejs audiometru w języku polskim	TAK		X
45	Zasilacz wewnętrzny	TAK		X
46	Baza danych pacjentów i badań.	TAK		X
47	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		X
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1,5 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		X
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		X
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		X
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X

h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK <i>(podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)</i>		x

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

**Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 11**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Otoemisja diagnostyczna – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów <u>lub</u> ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniające
1	Urządzenie do badania otoemisji akustycznych do przeprowadzania badań u niemowląt, dzieci i dorosłych	TAK		x
2	Rodzaj pomiaru otoemisji: - zniekształceń nieliniowych (DPOAE) - wywołane trzaskiem (TEOAE)	TAK		x
3	Zakres częstotliwości: DPOAE: 1,5 do 6 kHz TEOAE: 0,7 do 4 kHz <i>Dopuszczamy urządzenie z zakresem częstotliwości dla DPOAE w zakresie od 1,5 do 12kHz - odpowiedź na zapytanie do SWZ .</i>	TAK		x
4	Czytelny wyświetlacz graficzny z wynikami testu PASS/REFER	TAK		x
5	Wysoka odporność na zakłócenia	TAK		x
6	Natężenie dźwięku pomiarowego: DPOAE: 40 do 75 dB (spl), TEOAE: 83 dB (spl) <i>Dopuszczamy urządzenie z natężeniem dźwięku pomiarowego dla pomiarów DPOAE w zakresie 40 do 70dB (SPL) - odpowiedź na zapytanie do SWZ .</i>	TAK		x
7	Maksymalny sygnał wyjściowy – 90dB (spl). <i>Dopuszczamy urządzenie z maksymalnym sygnałem wyjściowym 83dB (SPL) - odpowiedź na zapytanie do SWZ .</i>	TAK		x
8	Szumy mikrofonu - 20 dB (spl) dla 2 KHz (1HzBW), -13 dB (spl) dla 1 kHz (1 HzBW). <i>Dopuszczamy urządzenie z szumami mikrofonu -20dB(SPL) dla 3kHz (1HzBW), -13db(SPL) dla 1kHz (1HzBW) - odpowiedź na zapytanie do SWZ .</i>	TAK		

9	Zasilanie: 3,6 V bateria litowa. <i>Dopuszczamy urządzenie z baterią li-ion 5V - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
11	Wyświetlacz kolorowy	TAK/NIE		TAK- 10 pkt. NIE- 0 pkt.
11	Drukarka termiczna matrycowa	TAK/NIE		TAK- 10 pkt. NIE- 0 pkt.
12	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1,5 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		x
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		x
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		x
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)		x

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

**Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 12**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Tympanometr z odruchami – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1.	Tympanometr z modulem otoemisji	TAK		X
2.	Możliwość wykonania badań w trybie automatycznym	TAK		X
3.	Komunikacja z komputerem PC lub drukarką za pomocą interfejsu Bluetooth. <i>Dopuszczamy urządzenie komunikujące się z komputerem / drukarką za pomocą przewodu - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		X
4.	Sterowania urządzeniem za pomocą komputera, na którym zapisywane są wyniki przeprowadzonych badań	TAK		X
5.	NORMY			X
6.	Bezpieczeństwo:	TAK		X
7.	IEC 60601-1, wewnętrznie zasilane, część aplikacyjna typu B i BF	TAK		X
8.	EMC: IEC 60601-1-2	TAK		X
9.	Sygnal testowy: IEC 60645-1/ANSI S3.6 , IEC 60645-3 <i>Dopuszczamy urządzenie z sygnałem testowym: ANSI S3.39, IEC 60645-5 - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		X
10.	OAE: IEC 60645-6 2009, Otoemisje akustyczne typu 2	TAK		X
11.	JEDNOSTKA GŁÓWNA			X
12.	Jednostka główna podłączana do komputera PC, poprzez port USB	TAK		X
13.	Wbudowany bezpieczny transformator medyczny. Optyczna izolacja przedwzmacniacza.	TAK		X
14.	Języki oprogramowania Polski	TAK		X
15.	Wymiary max.: (Dł. x Sz. x Wys.) 6 x 6 x 28 cm ± 1 cm	TAK		X

16.	Waga: max 400g bez akcesoriów	TAK podać		Waga \geq 400 g - 0 pkt. Waga < 400g -10 pkt
17.	Kolorowy wyświetlacz o wysokim kontraście, o rozdzielczości 128x128 lub większej	TAK/NIE podać		TAK- 10 pkt. NIE- 0 pkt.
18.	Zasilanie urządzenia: akumulatory typu Ni-Mh lub Li-ION	TAK		x
19.	Zasilanie stacji dokującej: 100-240 VAC +/- 10%, 50/60Hz.	TAK		x
20.	Urządzenie wyposażone we wbudowany kalendarz i zegar.	TAK		x
21.	WYMAGANIA TECHNICZNO-UŻYTKOWE DPOAE			
22.	Zakres częstotliwości: 500 do 10000 Hz	TAK		x
23.	Przetwornik: Sonda IOW, autowykrywalna i autokalibrująca się	TAK		x
24.	Rozdzielczość napięcia: 24 bity	TAK		x
25.	System odrzucania zakłóceń i zniekształceń: od -30 do +30 dB SPL lub wył.	TAK		x
26.	Funkcja pozwalająca wykonanie badanie otoemisji w warunkach zrównoważonego ciśnienie w uchu środkowym, w przypadku występowania w nim podciśnienia.	TAK		x
27.	Protokół DP input/output	TAK		x
28.	Protokoły fabryczne	TAK		x
29.	Protokoły użytkownika, tworzenie i modyfikowanie	TAK		x
30.	Możliwość ustawienia przez Użytkownika czasu trwania badania oraz ilości punktów pomiarowych	TAK		x
31.	WYMAGANIA TECHNICZNO-UŻYTKOWE TEOAE			
32.	Zakres częstotliwości: 500 do 5 500Hz	TAK		x
33.	Przetwornik: Sonda IOW, autowykrywalna i autokalibrująca się	TAK		X
34.	Rozdzielczość napięcia: 24 bity	TAK		x
35.	System odrzucania zakłóceń i zniekształceń: od -30 do +30 dB SPL lub wył.	TAK		x
36.	Funkcja pozwalająca wykonanie badanie otoemisji w warunkach zrównoważonego ciśnienie w uchu środkowym, w przypadku występowania w nim podciśnienia.	TAK		x
37.	Minimum dwa zaprogramowane protokoły	TAK		x
38.	Częstość bodźca trzask: 43 ÷ 100 Hz	TAK		x
39.	Poziom bodźca: od 30 do 90 dB peSPL,	TAK		x
40.	Możliwość ustawienia przez Użytkownika czasu trwania badania oraz ilości punktów pomiarowych	TAK		x
41.	Możliwość wyboru badanej częstotliwości przez Użytkownika.	TAK		x

42.	WYMAGANIA TECHNICZNO-UŻYTKOWE IMP			
43.	Ton pomiarowy sondy tympanometrycznej 226 Hz,	TAK		x
44.	Możliwość rozbudowy w przyszłości o bodziec dla częstotliwości 1000 Hz	TAK		x
45.	Tympanometria szerokopasmowa: Bodziec dla dużych częstotliwości 226-8000 Hz. Tympanometria szerokopasmowa: 96 dB peSPL (noworodki) / 100 dB peSPL (dorośli). (100 dB peSPL ≈ 65 dB nHL)	TAK		x
46.	Możliwość zmiany parametrów takich jak: szybkość pompowania, wartości ciśnienia początkowego i końcowego, kategoria wiekowa pacjenta	TAK		x
47.	Możliwość tworzenia własnych protokołów pomiarowych oraz tworzenia tzw. protokołów tymczasowych na potrzeby jednego badania	TAK		x
48.	Zakres badania: 0,1 ml do 8,0 ml <i>Dopuszczamy urządzenie z zakresem badania 0,2 ml do 7,0 ml - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
49.	Szumy przy badaniu odruchu strzemiączkowego: LBN (od 400 do 1600 Hz) HBN (od 1600 do 4000 Hz)	TAK		x
50.	Stymulacja ipsilateralna: tony: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz	TAK		x
51.	Stymulacja kontralateralna: tony: 250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000, 8000 Hz <i>Dopuszczamy urządzenie ze stymulacją kontralateralną: 500, 1000, 2000, 4000 - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
52.	Badanie trąbki Eustachiusza metodą Williams'a - błona prawidłowa	TAK/NIE		TAK- 10 pkt NIE- 0 pkt.
53.	Test Decay'a	TAK		x
54.	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		x
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x

d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		X
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		X
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		X
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)		X

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz **inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 13**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Defibrylator – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	Potwierdzenie parametru Tak/Nie	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1.	Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym	TAK		x
2.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim (dotyczy również opisów na panelu sterowania, oraz wydawanych przez aparat komunikatów głosowych)	TAK		x
3.	Zasilanie akumulatorowe: wbudowany akumulator litowo-jonowy	TAK		x
4.	Zasilanie akumulatorowe - czas pracy na akumulatorze: min. 200 min. ciągłego monitorowania EKG lub min. 140 defibrylacji z maksymalną energią. <i><u>Dopuszczamy urządzenie umożliwiające wykonanie (czas pracy na akumulatorze) min. 200 min. ciągłego monitorowania EKG lub co najmniej 100 wyładowań z maksymalną energią 200J z wykorzystaniem dwufazowej rektalinearnej fali defibrylacji RBW - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</u></i> <i><u>Dopuszczamy urządzenie z zasilaniem akumulatorowym - czas pracy:</u></i> <i>- min. 160 ciągłego monitorowania EKG</i> <i>- ponad 140 min monitorowania EKG, SpO2, CO2 i pomiary NIBP co 15 minut</i> <i>- min. 150 defibrylacji z maksymalną energią</i> <i>- ponad 150 min monitorowania wraz ze stymulacją nieinwazyjną (100 mA i 100 ppm)</i> <i>- 60 minut drukowania z prędkością 25mm/s (rejestrator 106 mm) - <u>odpowiedź na zapytanie do SWZ.</u></i>	TAK		x

5.	Czas ładowania akumulatora do pełnej pojemności maks. 4 godziny	TAK		x
6.	Zasilacz sieciowy 230 V/50 Hz,	TAK		x
7.	Temperatura pracy: min. od 5 do +40°C	TAK		x
8.	Funkcja codziennego auto testu, bez potrzeby włączania urządzenia i bez udziału Użytkownika, z wydrukiem potwierdzającym jego wykonanie, zawierającym: datę, numer seryjny aparatu, wynik testu.	TAK		x
9.	Auto test: wykonywany na zasilaniu akumulatorowym, akumulatorowo-sieciowym i sieciowym	TAK		x
10.	Defibrylator zabezpieczony przed zalaniem wodą-stopień ochrony co najmniej IPX1	TAK		x
11.	Odporność na upadek z wysokości min. 45 cm	TAK podać		TAK- 10 pkt. NIE- 0 pkt.
12.	Ciężar defibrylatora wraz z akumulatorem max 6 kg. <i>Dopuszczamy urządzenie o wadze 6,2 kg z kablem wielofunkcyjnym i akumulatorem - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK		x
13.	Tryb archiwum dający operatorowi możliwość dostępu do danych poprzednich pacjentów celem przeglądu, transmisji, drukowania, edycji lub usuwania. Pamięć min. 80 rekordów pacjentów	TAK		x
14.	Defibrylacja:			x
15.	Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa	TAK		x
16.	Defibrylacja ręczna i półautomatyczna	TAK		x
17.	Możliwość wykonania kardiowersji	TAK		x

18.	Energia defibrylacji w zakresie min. 2-360J.	TAK		x
19.	Dostępnych minimum 24 różnych poziomów energii defibrylacji. <i>Dopuszczamy urządzenie z dostępem do minimum 23 różnych poziomów energii defibrylacji - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
20.	Defibrylacja półautomatyczna, możliwość programowania energii 1, 2 i 3 wyładowania min. w przedziale od: 150 do 360 J.	TAK		x
21.	Algorytm wykrywający ruch pacjenta w trybie półautomatycznym .	TAK		x
22.	Ładowanie i wyzwolenie energii za pomocą przycisków na łyżkach defibrylacyjnych oraz na płycie czołowej aparatu	TAK		x
23.	Możliwość defibrylacji dzieci i dorosłych – zintegrowane łyżki dla dorosłych /pediatryczne .	TAK podać		TAK-10 pkt NIE- 0 pkt.
24.	Czas ładowania do energii 360J: poniżej 7 sekund oraz do energii 200 J poniżej 5 s.	TAK		x
25.	Wspomaganie RKO: metronom działający w trybie manualnym i półautomatycznym pracujący w czterech trybach: - pacjent dorosły zaintubowany - pacjent dorosły niezaintubowany - pacjent pediatryczny zaintubowany - pacjent pediatryczny niezaintubowany Bezpośredni dostęp (niezabezpieczony hasłem) . <i>Dopuszczamy, ale nie wymagamy, aby defibrylator oprócz funkcji metronomu dostosowującego automatycznie (bez udziału użytkownika) swoje działanie do tempa uciśnień prowadzonych przez personel, był wyposażony w funkcję monitorowania RKO, z informacją zwrotną w czasie rzeczywistym o prawidłowości uciśnień klatki piersiowej - sygnalizacja akustyczna i optyczna właściwego tempa oraz prawidłowej głębokości uciśnień zgodnie z Wytycznymi Resuscytacji 2020/21 dla wszystkich grup wiekowych pacjentów. Metronom musi jednak - zgodnie z SWZ - działać w czterech trybach: - pacjent dorosły zaintubowany,</i>	TAK		x

	<p>- pacjent dorosły niezaintubowany, - pacjent pediatryczny zaintubowany, - pacjent pediatryczny niezaintubowany, oraz zapewniać bezpośredni dostęp (niezabezpieczony hasłem) - <u>odpowiedź na zapytanie do SWZ.</u></p> <p><u>Dopuszczamy, aby wspomaganie RKO umożliwiała aktywację generującą akustyczny sygnał pomocniczy, aby ułatwić wykonywanie ucisków i oddechów z odpowiednią częstotliwością i we właściwej proporcji, ale dla trybów wymaganych w SWZ - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</u></p>			
26.	Rejestracja	TAK		x
27.	Ekran kolorowy LCD o przekątnej min. 5,5"	TAK		x
28.	Możliwość wyświetlenia min.: 2 krzywych dynamicznych jednocześnie	TAK		x
29.	Wbudowany rejestrator termiczny na papier o szerokości min. 50 mm	TAK		x
30.	Szybkość wydruku: 25 mm/sek.	TAK		x
31.	Monitorowanie EKG			x
32.	Monitorowanie EKG z 3 odprowadzeń oraz opcjonalnie z 5 odprowadzeń.	TAK		x
33.	Wzmocnienie sygnału EKG na min. 8 poziomach (4, 3, 2,5, 2, 1,5, 1, 0,5, 0,25 cm/Mv).	TAK		x
34.	<p>Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 20-300 /min.</p> <p><u>Dopuszczamy urządzenie z zakresem pomiaru częstości akcji serca min. 30-300 bpm dla pacjentów dorosłych oraz między 30-350 bpm dla pacjentów pediatrycznych - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</u></p>	TAK		x
35.	Układ monitorujący zabezpieczony przed impulsem defibrylatora	TAK		x

36.	Układ umożliwiający synchronizację z zewnętrznym kardiomonitorem.	TAK podać		TAK- 10 pkt. NIE- 0 pkt.
37.	Stymulacja przezskórna-opcjonalnie			x
38.	Stymulacji w trybach na „żądanie” i asynchronicznym	TAK		x
39.	Wyjściowe natężenie prądu, co najmniej w zakresie od 0 do 200 mA. <i>Dopuszczamy defibrylator w którym zakres natężenia prądu stymulacji wynosi 0-140 mA w prostokątnym, szerokim (40 ms) impulsie energii - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
40.	Częstość stymulacji minimum: od 40 do 170 impulsów na minutę	TAK		x
41.	EtCO2-możliwość rozbudowy	TAK		x
42.	Możliwość rozbudowy o zewnętrzny moduł kapnografii oraz bezprzewodowej transmisji danych (wifi lub bluetooth lub IrDA) bez konieczności wysyłki oraz ingerencji serwisu producenta	TAK		x
43.	Zakres pomiarowy CO2 min. 0-99 mmHg	TAK		x
44.	Zakres pomiarowy oddechów min. 0- 99 odd./min. Dokładność pomiaru: 0 do 70 bpm: ±1 bpm 71 do 99 bpm: ±2 bpm. <i>Dopuszczamy defibrylator w którym zakres pomiarowy oddechów wynosi 2-150 odd/min. Dokładność pomiaru: 2 do 70 bpm: ±1 bpm 71 do 150 bpm: ±2 bpm - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
45.	Pomiar realizowany minimum w jednostkach mmHg, %, lub kPa	TAK		x
46.	Wyposażenie			x

47.	Przewód EKG 3 odprowadzeniowy - min. 1 sztuka	TAK		x
48.	Łyżki twarde dla dorosłych/pediatryczne zintegrowane - min. 1 komplet	TAK		x
49.	Przewód do stymulacji przezskórnej i defibrylacji z elektrod naklejanych - min. 1 sztuka	TAK		x
50.	Min. 1 komplet elektrod jednorazowych do defibrylacji/stymulacji dla dorosłych	TAK		x
51.	Możliwość rozbudowy o zewnętrzny moduł do bezprzewodowej transmisji danych (wifi lub bluetooth lub IrDA) bez konieczności wysyłki oraz ingerencji serwisu producenta. <i>Dopuszczamy odstępnie od spełnienia parametru z pkt. 52-55, w przypadku zaproponowania w pkt. 51 parametru bezprzewodowej transmisji danych w komunikacji bluetooth, która nie wymaga transmisji danych przez wifi - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
52.	Obsługiwane standardy sieci bezprzewodowych 802.11a, b, g i n <i>Dopuszczamy odstępnie od spełnienia parametru z pkt. 52, w przypadku zaproponowania w pkt. 51 parametru bezprzewodowej transmisji danych w komunikacji bluetooth, która nie wymaga transmisji danych przez wifi - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
53.	Obsługiwane rodzaje zabezpieczeń min: - otwarte - WPA-Personal - WPA2-Personal - WPA-Enterprise - WPA2-Enterprise <i>Dopuszczamy odstępnie od spełnienia parametru z pkt. 53, w przypadku zaproponowania w pkt. 51 parametru bezprzewodowej transmisji danych w komunikacji bluetooth, która nie wymaga transmisji danych przez wifi - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x
54.	Obsługiwane protokoły uwierzytelniania Enterprise min: - EAP-TLS - EAP-TTLS - PEAP/MSCHAPv2 <i>Dopuszczamy odstępnie od spełnienia parametrów z pkt. 54, w przypadku zaproponowania w pkt. 51 parametru bezprzewodowej transmisji danych w komunikacji bluetooth, która nie wymaga transmisji danych przez wifi - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		x

55.	<p>Obsługa TCP/IP</p> <ul style="list-style-type: none"> - protokół Internetowy wersja 4 (IPv4) - adresowanie IP: automatycznie uzyskuje adres IP lub przypisany może zostać adres statyczny. - serwery DNS: automatycznie uzyskuje adres serwera DNS, lub przypisane mogą zostać adresy statyczne podstawowych i drugorzędnych serwerów DNS. <p><i>Dopuszczamy odstępnie od spełnienia parametrów z pkt. 54, w przypadku zaproponowania w pkt. 51 parametru bezprzewodowej transmisji danych w komunikacji bluetooth, która nie wymaga transmisji danych przez wifi - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i></p>	TAK		x
56.	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			x
57.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
58.	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem)	TAK		x
59.	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: <ul style="list-style-type: none"> - trwania gwarancji, - po gwarancji 	TAK podać		x
60.	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
61.	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		x
62.	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		x
63.	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze)	TAK		x

	liczony od momentu zgłoszenia usterki	podać		
64.	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
65.	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
66.	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu, którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x
67.	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)		x

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

**Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 14**

Tabela Nr 1 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 14

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Fotel do pobierania krwi – 11 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów <u>lub</u> ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Stanowisko do pobierania krwi umożliwiające pobranie krwi od pacjenta zarówno z lewej jak i prawej ręki, wyposażone w podłokietnik, stanowisko wyposażone w półkę boczną	TAK		x
2	Stanowisko wykonane z wytrzymałej i solidnej konstrukcji metalowej lakierowanej proszkowo	TAK		x
3	Stanowisko z możliwością zmiany położenia podłokietnika o kąt 180°	TAK		x
4	Zmiany położenia zintegrowanego z siedziskiem oparcia o kąt 90°	TAK/NIE		TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.
5	Możliwość dostosowania wysokości podłokietnika do wzrostu pacjenta	TAK		x
	Siedzisko, oparcie oraz podłokietniki wykonane z wysoko elastycznej pianki oraz wytrzymałą tapicerką odporną na środki dezynfekcyjne	TAK		x
	Dopuszczalne obciążenie, min. 120 kg	TAK podać		Obciążenie 120 kg – 0 pkt > 120 kg – 10 pkt.

6	<p>Wymiary: szerokość – 800 mm(+/-40mm) głębokość – 800 mm(+/-40mm) wysokość – 800 mm(+/-40mm)</p> <p><i>Dopuszczamy wymiary: szerokość – 800 mm (-105/+40mm) głębokość – 800 mm (-160/+40mm) wysokość – 800 mm (-40/ + 150mm) - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i></p>	TAK		X
7	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		X
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK		X
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		X
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		X
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		X
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		X

k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK <i>(podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)</i>		X
----	---	---	--	---

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 2 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 14

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Kozetka lekarska – 41 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Kozetka metalowa 2-częściowa ze skokową regulacją wysokości stelaża i regulowanym zagłówkiem. <i>Dopuszczamy kozetkę ze stałą wysokością stelaża - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		X
2	Cechy i funkcje: - metalowa rama malowana proszkowo - tapicerowane leżysko - regulacja zagłówka za pomocą sprężyny gazowej, - możliwość wyboru kolorów tapicerki i kolorów konstrukcji (stelaża). <i>Dopuszczamy kozetkę z regulacją zagłówka systemem zapadkowym - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK		X
3	Podajnik na podkład ochronny	TAK		X

4	<p>Wymiary:</p> <ul style="list-style-type: none"> - długość: 190 cm +/- 10 cm - szerokość leża: 65 cm +/- 5 cm - wysokość leża: od 55 do 70 cm (regulacja skokowa) - wymiary zagłówka: 55 x 65 cm +/- 5 cm - regulacja kąta zagłówka: -70° do 45° - masa własna maksymalnie 36 kg. <p><u>Dopuszczamy wymiary:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - długość: 190 cm +/- 10 cm - szerokość leża: 65 cm +/- 10 cm - wysokość leża: od 50 do 70 cm - wymiary zagłówka: 56cm (+/-5cm) x 65 cm (-15cm/+5cm) - regulacja kąta zagłówka: -70° (+/-25°) do +45° - masa własna maksymalnie 36 kg (+/-5 kg) - odpowiedź na zapytanie do SWZ. 	TAK podać		Masa 36 kg – 0 pkt. < 36 kg – 10 pkt.
5	Dopuszczalne obciążenie min 180 kg	TAK podać		Obciążenie 180 kg – 0 okt. > 180 kg – 10 pkt.
6	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			X
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		X
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK		X
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: <ul style="list-style-type: none"> - trwania gwarancji, - po gwarancji 	TAK podać		X
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		X

g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	X
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	X
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK	X
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać	X
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)	X

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz **inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 15**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Kozetka drewniana – 14 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów <u>lub</u> ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Kozetka o konstrukcji drewnianej i wygodnym materacu	TAK		x
2	Cechy i funkcje: - stelaż o lekkiej konstrukcji drewnianej, - wygodny materac pokryty wysokiej jakości materiałem skóropodobnym lub winylowym, - kolor tapicerki w szerokiej gamie kolorystycznej, - uchwyt na papier.	TAK		x
3	Wymiary: - długość: 200 cm +/- 5 cm - szerokość: 68 cm +/- 5 cm - wysokość: 75 cm +/- 2 cm - kąt nachylenia zagłówka: od 0 ° do +35 ° - długość zagłówka: 40 cm +/- 5 cm	TAK		x
4	Waga kozetki - maksymalnie 35 kg	TAK podać		Masa 35 kg – 0 pkt. < 35 kg – 10 pkt.
5	Dopuszczalne obciążenie - minimum 200 kg	TAK podać		Obciążenie 200 kg – 0 pkt. > 200 kg – 10 pkt.
6	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			x
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x

b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK		X
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		X
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		X
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		X
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		X
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)		X

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.
- 3.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz **inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 16**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Frontofokometr – 2 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymagań <u>lub</u> ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniwane
1	Frontofokometr lunetowy z obszarem pomiaru dpt i odczytem zewnętrznym	TAK		x
2	Frontofokometr z kompensatorem pryzmatycznym (max. 20 prdpt)	TAK		x
3	Zakres pomiarowy: -24,0 do + 24,0 dpt	TAK podać		Zakres pomiarowy: - 24,0 do + 25,0 dpt - 0 pkt. Szerszy zakres – 10 pkt.
4	Cyl.: w zakresie pomiaru	TAK		x
5	Pokazanie cyl.: główne działy	TAK		x
6	Addycja: w zakresie pomiaru	TAK		x
7	Stopniowanie dpt: 0,125/ 0,25 dpt	TAK		x
8	Pryzma: 5 cm/m + 20 cm/m kompensator pryzmatyczny	TAK		x
9	Pokazanie pryzmy: - polarne, - współrzędne	TAK		x
10	Waga urządzenia - maksymalnie 3,9 kg	TAK podać		Waga urządzenia 3,9 kg – 0 pkt. < 3,9 kg – 10 pkt.

11	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu	TAK		x
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń (minimum 2 szkolenia po 1 godz.) uzgodniony będzie z Zamawiającym (użytkownikiem).	TAK		x
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		x
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		x
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x

k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK <i>(podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)</i>		x
----	---	---	--	---

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

**Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 17**

Tabela Nr 1 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 17

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Przewijak dla niemowląt składany – 2 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów <u>lub</u> ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Stanowisko do przewijania dzieci i niemowląt, montowany do ściany, w metalowej obudowie matowej	TAK		x
2	Materiał we wnętrzu: termoplastyczny polietylen, który nie powodują stanów zapalnych ani otarć, posiada właściwości termoplastyczne, co z kolei przekłada się na łatwe zachowanie wymaganych norm czystości.	TAK		x
3	Obudowa metalowa: stal nierdzewna szczotkowana	TAK		x
4	Zabezpieczenia: zapinany i regulowany pas bezpieczeństwa z nylonu chroniący dziecko przed wypadnięciem	TAK		x
5	Montaż: do ściany	TAK		x
6	Pozycja montażu: pozioma	TAK		x
7	Wymiary przewijaka (otwarte): - wysokość 580 mm, długość 940 mm, głębokość 490 mm +/- 10 mm Wymiary przewijaka (zamknięte): - wysokość 580 mm, długość 940 mm, głębokość 100 mm +/- 10 mm	TAK		x
8	Obciążenie maksymalne 100 kg	TAK podać		Obciążenie 100 kg – 0 pkt > 100 kg – 10 pkt.
9	Obciążenie użyteczne: 25 kg	TAK		x
10	Waga maksymalnie urządzenia 30 kg	TAK podać		Waga 30 kg – 0 pkt. < 30 kg – 10 pkt.

11	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		X
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK		X
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		X
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		X
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		X
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		X
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)		X

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 2 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 17

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Stół do przewijania niemowląt – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Stół przeznaczony jest do przewijania niemowląt, ubierania, przeprowadzania zabiegów pielęgnacyjnych	TAK		x
2	Podstawa stolika, wykonana ze stalowych rur zapewnia wytrzymałość, stabilność oraz estetykę	TAK		x
	Stolik osłonięty z trzech stron pianką dającą gwarancję bezpieczeństwa dla małych pacjentów			x
3	Przewijak wyposażony jest w stopkę umożliwiającą poziomowanie na nierównej powierzchni	TAK		x
4	Blat obłożony pianką, obitą wysokiej jakości skórą ekologiczną przystosowaną do zmywalną i dezynfekcji Kolor tkaniny tapicerskiej: do uzgodnienia	TAK		x
5	Stolik posiadający szafkę znajdującą się pod blatem stolika	TAK		x
6	Wyposażenie dodatkowe - półka boczna 60cm x 40cm +/- 5 cm - kółka jezdne z hamulcami - wysuwana półka	TAK/NIE		TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.
7	Maksymalne obciążenie: 90 kg	TAK podać		Obciążenie 90 kg – 0 pkt. > 90 kg – 10 pkt.
8	Dane techniczne: - wysokość: 80 cm +/- 10 cm - waga maksymalnie 45 kg - wymiary blatu: 70 x 95 cm +/- 10 cm	TAK		x
9	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x

b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK		X
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		X
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		X
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		X
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		X
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)		X

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz **inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 18**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Fotel rozkładany do badania EEG – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów <u>lub</u> ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Fotel z możliwością ustawienia pozycji leża	TAK		x
2	Wykonany z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym. Elementy konstrukcyjne w tym podstawa, kolumna oraz spodnie części segmentów obudowane łatwą w utrzymaniu czystości obudową z tworzywa sztucznego w kolorze białym	TAK		x
3	Zmiana wysokości fotela regulowana elektromechanicznie w zakresie 580-880mm. Sterowanie za pomocą kablowego pilota ręcznego	TAK podać		Zmiana wysokości fotela w zakresie 580-880 mm – 0 pkt. > 580-880 – 10 pkt.
4	Regulacja segmentu pleców elektromechaniczna $+5/+75^0$ Sterowanie za pomocą kablowego pilota ręcznego	TAK podać		x
5	Regulacja segmentu nożnego elektromechaniczna w zakresie $+5/-75^0$ uzyskiwana za pomocą kablowego pilota ręcznego	TAK podać		x
6	Regulacja segmentu głowy manualna przycisk sprężyny gazowej min. $\pm 20^0$	TAK podać		Regulacja $\pm 20^0$ - 0 pkt. > $\pm 20^0$ - 10 pkt.
7	Szerokość powierzchni roboczej 650mm ± 50 mm	TAK		x

8	Szerokość podstawy 600mm +/- 30mm	TAK		x
9	Długość podstawy 900mm +/- 30mm	TAK		x
10	Wyposażenie: 4 kółka średnica 75mm blokowane indywidualnymi hamulcami	TAK		x
11	Podpórki rąk z regulacją ustawienia kąta - 1para	TAK		x
12	Możliwość wyboru koloru tapicerki z przynajmniej 12 kolorów	TAK		x
13	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK		x
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		x
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		x
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		

i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK <i>(podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)</i>		

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz **inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 19**

Tabela Nr 1 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 19

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Otoskop – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów <u>lub</u> ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Otoskop - przenośne urządzenie z wbudowanym źródłem światła	TAK		x
2	Światłowod zapewniający optymalne i równomierne oświetlenie,	TAK		x
3	Oświetleniem 2,5 V ksenonowe lub LED-owe,	TAK podać		Oświetlenie ksenonowe – 0 pkt. Oświetlenie LED – 10 pkt.
4	Obrotowa szklana lupka z 3-krotnym oraz dodatkowa lupka 4-krotnym powiększeniem	TAK		x
5	Łatwy w obsłudze wyrzutnik wzierników	TAK		x
	Specjalne wzierniki zapewniające większą średnicę przy wprowadzaniu instrumentów	TAK/NIE		TAK -10 pkt. NIE - 0 pkt.
6	Metalowe połączenie z wziernikami	TAK		x
7	Port do przeprowadzenia testu pneumatycznego	TAK		x

8	Możliwość wyboru rękojeści: bateryjna typu C lub AA, akumulatorowa typu C lub AA	TAK podać		rękojeść: bateryjna typu C lub AA – 0 pkt. rękojeść akumulatorowa typu C lub AA – 10 pkt.
9	Skład zestawu: - zapasowa żarówka lub dioda LED, - tuba z zestawem wzierników w różnych rozmiarach, - gruszka do testu pneumatycznego.	TAK		x
10	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			x
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		x
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK		x
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		x
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		x
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		x
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		x
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		x
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		x
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		x

k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)		x
----	---	---	--	---

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 2 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 19

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Laryngoskop światłowodowy jednorazowy – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>	Parametry oceniane
1	Laryngoskop światłowodowy jednorazowy w zestawie z łyżkami jednorazowego użytku	TAK		X
2	Jednorazowe łyżki typu Miller i Macintosh: - metalowe łyżki z prostą i zakrzywioną łopatką, - obniżony profil, - solidna podstawa łyżek z tworzywa wykonanego w druku 3D, - brak ostrych krawędzi dzięki specjalnej obróbce stali nierdzewnej, - najwyższej jakości światłowód z polerowaną powierzchnią o maksymalnym wylocie, minimalizacji refleksów i odbić światła, - do 6000 luksów przy użyciu rękojeści 2.5V LED	TAK		X
3	Rękojeść do laryngoskopu 3D: - mocna nasadka żarówki LED, z możliwością odkręcania dla celów szkoleniowych, - maksymalna żywotność i oświetlenie aż do 2 godzin pełnego cyklu baterii - precyzja druku 3D zapewniająca optymalne dopasowanie do łyżek jednorazowego użytku - rozmiar rękojeści M (medium)			X
4	W zestawie 6 łyżek o rozmiarach: - MAC 2, 3, 4 - MIL 0, 1, 2	TAK		X
5	Gwarancja pełnej dostępności w magazynie z możliwością rezerwacji bez konieczności podpisywania kontraktu na dostawę	TAK		X
6	Uchwyt LED laryngoskopu jednorazowego użytku	TAK		X
7	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			

a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		X
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK		X
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać		X
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK		X
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.		X
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać		X
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać		X
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK		X
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać		X
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)		X

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz **inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 20**

Tabela Nr 1 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 20

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Ekran Hassa – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów <u>lub</u> ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>
1	Ekran Hessa - narzędzie do oceny ruchomości gałek ocznych w zezach.	TAK	
2	Ekran wykonany z trwałej szarej płyty z parabolicznymi liniami co 5°	TAK	
3	Odległość badania 50cm	TAK	
4	W głównych punktach przecięć co 15° i 30° umieszczone czerwone LED-y zapalane pilotem bezprzewodowym	TAK	
5	Wyposażenie - latarki Fosterera - gogle diplopii - książeczka z wykresami	TAK	
6	Wymagany zakres badań: Dziesiętny: 0.05 do 2.0 LogMar: 1.3 do – 0.30 Snellen (m): 120 do 3 Snellen (f): 400 do 10 Monoyer: 0.5 do 2.0		

7	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu		
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK	
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać	
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK	
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.	
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać	
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK	
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać	
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)	

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 2 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 20

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Krzyż Meddoxa – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>
1	Krzyż Maddoxa z oświetleniem LED do oznaczania kąta zeza jawnego i ukrytego	TAK	
2	Zastosowanie: w ortoptyce i pleoptyce.	TAK	
3	Skala badania: - dla odległości badania 5 m skale oznaczona dużymi cyframi, - dla odległości 1 m mniejszymi cyframi. Cyfry oznaczają stopnie kąta.	TAK	
4	Parametry techniczne: Wymiary (szer. x gł. x wys.): 1290 mm (+/-10mm) x 28 (+/-5mm) x 1290 mm (+/-10mm) Waga krzyża Maddoxa: 920 g +/-100g Zasilanie: 5 VDC, 100 mA, wtyczka USB typ A Zasilacz w zestawie: USB, 100-240 VAC Długość kabla: min. 2 m Oświetlenie: LED	TAK	
5	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu		
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK	
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać	

d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK	
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.	
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać	
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK	
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać	
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)	

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 3 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 20

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Tablica Ishihary – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>
1	Testy do badania poczucia widzenia barw dla dorosłych i dzieci	TAK	
2	Układ plam w kolorze odmiennym od tła tworzący liczby lub grafy	TAK	
3	Skład zestawu: 38 tablic	TAK	
4	Twarda oprawa	TAK	
5	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu		
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK	
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać	
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK	
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.	

f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać	
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK	
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać	
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)	

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy

Tabela Nr 4 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 20

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Tablica okulistyczna Snellena – 3 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>
37.	Tablica okulistyczna Snellena do bliży	TAK	
38.	Dwustronna tablica do badania ostrości wzroku	TAK	
39.	Wszystkie optotypy powinny być odczytywane z odległości od 0,5m - 3,0m	TAK	
40.	Wymiary strony: 150 x 210 mm.	TAK	
41.	Materiał wykonania karton	TAK	
42.	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu		
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK	
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać	
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK	

e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.	
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać	
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK	
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać	
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)	

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 5 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 20

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Urządzenie do ćwiczeń konwergencji – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>
14.	Aparat stosuje się do ćwiczeń konwergencji	TAK	
15.	Zastosowanie aparatu w diagnostyce i leczeniu zeza	TAK	
16.	Aparat składający się z podstawy, na której na dwóch wspornikach umieszczono prowadnicę w postaci dwóch równoległych prętów metalowych.	TAK	
17.	W dolnej części mechanizmu umiejscowiony uchwyt do przesuwania tarczy z testem	TAK	
18.	Prowadnica pozwala na swobodne przemieszczanie między wspornikami mechanizmu napędzającego tarczę z testem	TAK	
19.	Waga max 10 kg	TAK	
20.	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu	TAK	
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK	
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK	
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK	

e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.	
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK	
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK	
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK	
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK	
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK	
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski		

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz **inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 21**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Stelaż jezdny na odpady medyczne – 9 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>
1	Stelaż pojedynczy na odpady z pokrywą	TAK	
2	Stabilna konstrukcja wózka wykonana ze stali nierdzewnej. <i>Dopuszczamy stelaże wykonane ze stali nierdzewnej kwasoodpornej gat. 0H18N9 - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK	
3	Stelaż umożliwiający montaż worków plastikowych o pojemności do 120l	TAK	
4	Pokrywa zamykająca komorę . Możliwość wyboru kolorystyki pokrywy min. 6 kolorów do wyboru	TAK podać	
5	Pokrywy otwierane i zamykana za pomocą dźwigni nożnych	TAK podać	
6	4 kółka obrotowe o średnicy min. 50 mm. <i>Dopuszczamy kółka z wysokoplastycznej gumy, w obudowie z wysokiej jakości tworzywa - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK podać	
7	Wymiary gabarytowe (szer./gł./wys.): 400 x 400 x 850mm (+/-30 mm). <i>Dopuszczamy stelaże (szer./gł./wys.): 400 mm (+45mm/-30mm) x 400mm (+95mm/-30mm) x 850mm (+/-30 mm). - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK	
8	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu		

a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK	
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać	
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK	
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.	
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać	
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK	
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać	
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)	

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

**Wymagane parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia
oraz inne wymagania jakościowe odnoszące się do głównych elementów składających się na przedmiot zamówienia w Zadaniu Nr 22**

Tabela Nr 1 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w Zadaniu Nr 22

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Parawan ścienny harmonijkowy – 2 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany <i>(opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów lub ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK“ w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)</i>
1	Parawan harmonijkowy	TAK	
2	Wysokość 165 cm +/- 2cm. <i>Dopuszczamy parawan ścienny harmonijkowy o wys. 170cm - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK	
3	Parawan montowany do ściany, długość 200 cm +/-5cm <i>Dopuszczamy parawan o łącznej długości 210 cm - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i> <i>Dopuszczamy parawan ścienny harmonijkowy o długości 215 cm - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK	
4	Możliwość czyszczenia parawanu w całości	TAK	
5	Parawan posiadający kółka jezdne, amortyzowane niwelujące nierówności powierzchni. <i>Dopuszczamy parawan z kołami bez amortyzacji - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK	

6	Parawan składający się z 8 segmentów, długość pojedynczego segmentu około 25 cm. <i>Dopuszczamy parawan składający się z 7 połączonych ze sobą segmentów, gdzie długość pojedynczego segmentu to 30 cm - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i> <i>Dopuszczamy parawan ścienny harmonijkowy składający się z 7 segmentów, długość pojedynczego segmentu 30 cm - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK	
7	Ramy (segmenty) na całej długości połączone są ze sobą jednym zawiasem z wyglądu przypominającym listwę, zawias ten w pełni nadający się do czyszczenia bez widocznych szczelin czy przerw. <i>Dopuszczamy parawan, którego segmenty połączone są za pomocą zawiasów łatwych w czyszczeniu i dezynfekcji - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK	
8	Kolor biały	TAK	
9	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu		
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK	
c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać	
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK	
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.	
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać	
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK	

j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać	
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwis.)	

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Tabela Nr 2 zestawienia parametrów techniczno-użytkowych w **Zadaniu Nr 22**

Nazwa przedmiotu zamówienia: **Parawan jednoskrzydłowy – 36 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż **2020**):

L.p.	Parametr / warunek wymagany	PARAMETR WYMAGANY	Parametr / warunek oferowany (opisać parametry ofer. wyrobu odpowiednio do wymogów <u>lub</u> ewentualnie potwierdzić poprzez „TAK” w sytuacji, gdy parametr jest taki sam - identyczny)
1	Parawan wykonany z metalu pokryty farbą proszkową	TAK	
2	Parawan jednoczęściowy	TAK	
3	Parawan wyposażony w kółka jezdne o średnicy 50mm +/-5mm	TAK	
4	Szerokość: 1000 mm +/-2cm. <i>Dopuszczamy parawan jednoskrzydłowy o szerokości 1000mm, z tolerancjami: 60mm, +20mm - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK	
5	Wysokość: 1900 mm +/-2cm. <i>Dopuszczamy parawan jednoskrzydłowy o wysokości 1900mm, z tolerancjami: -250mm/ +20mm - odpowiedź na zapytanie do SWZ.</i>	TAK	
6	Zasłona wykonana z tworzywa pleksi. <i>Dopuszczamy parawan jednoskrzydłowy z ekranem wykonanym z PVC o grub. 5 mm - odpowiedź na zapytanie do SWZ..</i>	TAK	
7	Pozostałe wymagania: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu		
a)	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
b)	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty.	TAK	

c)	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji	TAK podać	
d)	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji).	TAK	
e)	Zalecany lub wymagany sposób dezynfekcji sprzętu	Opisać i podać proponowane środki dezynf.	
f)	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48h w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) liczony od dnia zgłoszenia usterki	TAK podać	
g)	Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 3 dni robocze) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
h)	Czas naprawy z użyciem części zamiennych (nie dłuższy niż 10 dni roboczych) liczony od momentu zgłoszenia usterki	TAK podać	
i)	Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczający 10 dni roboczych	TAK	
j)	Czas naprawy gwarancyjnej (nie dłuższy niż 10 dni roboczych), po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji sprzętu.	TAK podać	
k)	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski	TAK (podać: nazwę, adres i telefon punktów serwisowych)	

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.
2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.

.....
data

.....
(podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

