Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/1 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 1**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Bieżnia z monitorem 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Sterowanie prędkością bieżni z krokiem 0,1km/h | TAK |  |  |
| 2 | Konsola z ekranem dotykowym pozwalająca sterować prędkością i nachyleniem bez udziału komputera | TAK |  |  |
| 3 | Możliwość rozbudowy o automatyczny pomiar ciśnienia krwi | TAK |  |  |
| 4 | Zakres prędkości 0-20 km/h | TAK |  |  |
| 5 | Zakres nachylenia 0-25% z krokiem 0,5% | TAK |  |  |
| 6 | Ruchomy pas o wymiarach 50 x 150 cm (+/-3 cm) | TAK |  |  |
| 7 | Wymiary bieżni: 80 x 205 cm (+/-3 cm) | TAK |  |  |
| 8 | Waga bieżni 160 - 165 kg | TAK |  |  |
| 9 | Start bieżni od prędkości równej zero | TAK |  |  |
| 10 | Wytrzymałe i wygodne poręcze (również po bokach) | TAK |  |  |
| 11 | Ciężar pacjenta do min. 220 kg | TAK |  |  |
| 12 | Dwa przyciski STOP awaryjnego zatrzymywania (po obu stronach poręczy) | TAK |  |  |
| 13 | Odległość ruchomego pasa bieżni od podłoża 17 cm | TAK |  |  |
| 14 | Cicha praca do 30 dB | TAK |  |  |
| 15 | Amortyzacja drgań i wstrząsów | TAK |  |  |
| 16 | Możliwość połączenia z systemami kontroli wysiłku przez interfejs RS-232 | TAK |  |  |
| 17 | Zgodność z mechanicznymi i elektrycznymi normami bezpieczeństwa | TAK |  |  |
| **II** | **OPROGRAMOWANIE** | TAK |  |  |
| 1. | Oprogramowanie wchodzące w skład kardiologicznej platformy do obsługi systemu holtera EKG, RR, spirometrii i spoczynkowego EKG, próby wysiłkowej pracującej na wspólnej bazie pacjentów (zainstalowanej lokalnie na komputerze) | TAK |  |  |
| 2. | Możliwość wpisania m.in. imienia, nazwiska, płci, daty urodzenia, rasy pacjenta | TAK |  |  |
| 3. | Automatyczny backup bazy danych na różnych nośnikach tj. CD, DVD, dyski zewnętrzne HDD | TAK |  |  |
| 4. | 12-kanałowy ciągły zapis z pełną kontrolą parametrów badania | TAK |  |  |
| 5. | Wyświetlanie nazwy protokołu, fazy próby, czasu trwania badania i poszczególnych faz | TAK |  |  |
| 6. | Wyświetlanie procentowego wykonania limitów tętna z wartością docelową | TAK |  |  |
| 7 | Podgląd zapisu EKG wraz z wyświetleniem pomiarów odcinków ST w układzie: 1 x 6 , 2 x 6 oraz 1 x 12-kanałowym | TAK |  |  |
| 8 | Możliwość rozbudowy o podciśnieniowy system aplikacji elektrod | TAK |  |  |
| 9 | W zestawie klasyczny przenośny aparat EKG (jako przekaźnik sygnału EKG w próbie wysiłkowej) | TAK |  |  |
| 10 | Możliwość wykonywania bezpośrednich wydruków spoczynkowego EKG na papierze termicznym o szerokości: 58mm | TAK |  |  |
| 11 | Wyświetlanie bieżącej częstotliwości rytmu serca, obciążenia, wartości ST i arytmii | TAK |  |  |
| 12 | Możliwość zmiany układu okien i interfejsu użytkownika | TAK |  |  |
| 13 | Ustawienie metody pomiaru odcinka ST przed rozpoczęciem próby | TAK |  |  |
| 14 | Możliwość wyłączenia z podglądu niektórych kanałów EKG w przypadku artefaktów | TAK |  |  |
| 15 | Możliwość ręcznej zmiany punktów pomiarowych punktu J oraz J+ podczas próby wysiłkowej | TAK |  |  |
| 16 | Automatyczne wykrywanie arytmii i ich analiza | TAK |  |  |
| 17 | Możliwość zatrzymania i retrospektywnego podglądu zapisu EKG w czasie trwania badania | TAK |  |  |
| 18 | Pomiary ręczne odcinków na wstędze EKG podczas trwania próby | TAK |  |  |
| 19 | Moduł pomiaru QT do analizy tzw. "syndromu długiego QT" i ryzyka nagłej śmierci | TAK |  |  |
| 20 | Analiza ryzyka choroby wieńcowej i śmierci pacjenta | TAK |  |  |
| 21 | Wyliczenie maksymalnego obciążenia dla poszczególnego pacjenta | TAK |  |  |
| 22 | Wyliczenie maksymalnego HR z uwzględnieniem metody dla dorosłych i dzieci | TAK |  |  |
| 23 | Wykrywanie nieprawidłowego procesu odpoczywania po próbie przy wykorzystaniu indeksu ST/HR | TAK |  |  |
| 24 | Wykres map ST w postaci poziomego i pionowego rzutu serca | TAK |  |  |
| 25 | Możliwość dodania znaczników i komentarzy na zapisie EKG podczas próby wysiłkowej | TAK |  |  |
| 26 | Porównanie odcinków ST dla fazy spoczynkowej i podczas wysiłku | TAK |  |  |
| 27 | Porównanie załamków QRS w fazie spoczynkowej i podczas wysiłku | TAK |  |  |
| 28 | Alarmy przekroczenia tętna oraz obniżenia i uniesienia odcinka ST | TAK |  |  |
| 29 | Możliwość podłączenia cykloergometru i bieżni z automatycznym pomiarem ciśnienia | TAK |  |  |
| 30 | Współpraca z bieżniami i ergometrami rożnych producentów | TAK |  |  |
| 31 | Wyświetlanie wartości obrotów pedałów na minutę RPM dla badania z cykloergometrem | TAK |  |  |
| 32 | Możliwość zmiany prędkości i nachylenia bieżni oraz obciążenia cykloergometru podczas próby | TAK |  |  |
| 33 | Możliwość edycji i tworzenia nowych protokołów | TAK |  |  |
| 34 | Tworzenie profili dla grup pacjentów np. dzieci, sportowców, osób po zawale | TAK |  |  |
| 35 | Możliwość zmiany protokołu na RAMP podczas próby | TAK |  |  |
| 36 | Możliwość tworzenia opisu badania podczas trwania fazy odpoczynku z podglądem EKG | TAK |  |  |
| 37 | Możliwość automatycznego wydruku wstęgi EKG po zakończeniu każdej fazy badania | TAK |  |  |
| 38 | Wydruk raportu w poziomie w celu dłuższych wydruków wstęg EKG | TAK |  |  |
| 39 | Możliwość wydruku wstęgi EKG w trakcie przeprowadzania próby | TAK |  |  |
| 40 | Konfigurowanie raportu końcowego | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na bieżnię z monitorem | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | TAK |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Bieżnia dla osób niepełnosprawnych 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Bieżnia rehabilitacyjna z systemem do pionizacji | TAK |  |  |
| 2 | Urządzenie wyposażone w profesjonalną i wygodną uprzężą dla pacjentów wymagających rehabilitacji kończyn dolnych | TAK |  |  |
| 3 | Urządzenie wyposażone w wysięgnik, który pełni dwie funkcje podczas terapii - utrzymuje pacjenta w pozycji pionowej (pionizuje) oraz odciąża jego wagę i ułatwia ćwiczenia na bieżni. | TAK |  |  |
| 4 | Urządzenie wyposażone w system pneumatyczny pozwala na odciążenie pacjenta w zakresie 5 - 35 kg. | TAK |  |  |
| 5 | Bieżnia wyposażona jest w amortyzację pasa, która zapobiega przeciążeniu stawów podczas rehabilitacji. | TAK |  |  |
| 6 | Bieżnia rehabilitacyjna wyposażona w długie, antypoślizgowe i regulowane na wysokość poręcze boczne wspomagające rehabilitację i bezpieczeństwo pacjenta. | TAK |  |  |
| 7 | oprogramowanie min. 4 programy treningowe, | TAK |  |  |
| 8 | Zasilanie: 110 - 230 V / 50 - 60 Hz | TAK |  |  |
| 9 | Silnik - moc: AC 2,25 KM | TAK |  |  |
| 10 | Prędkość bieżni: 0,2 - 10 km/h | TAK |  |  |
| 11 | Nachylenie bieżni: -3% do 12% | TAK |  |  |
| 12 | Przycisk bezpieczeństwa | TAK |  |  |
| 13 | Wymiary po rozłożeniu (dł/szer/wys): 215 x 90 x 168 cm (+/- 3 cm) | TAK |  |  |
| 14 | Powierzchnia bieżni: 152x 55 cm (+/-3 cm) | TAK |  |  |
| 15 | Funkcja amortyzacji | TAK |  |  |
| 16 | Maksymalna waga użytkownika: 150 kg | TAK |  |  |
| 17 | Waga bieżni do 200 kg | TAK |  |  |
| **II** | **System do pionizacji** | TAK |  |  |
| 19 | Maks. obciążenie podwieszenia: 600 kg | TAK |  |  |
| 20 | System odciążający: pneumatyczny, 5 - 35 kg | TAK |  |  |
| 21 | System pneumatyczny wyposażony w pokrętło do regulacji odciążenia pacjenta | TAK |  |  |
| 22 | Urządzenie posiada czytelny i funkcjonalny panel sterujący wszystkimi parametrami bieżni. | TAK |  |  |
| 23 | Bieżnia wyposażona w pas telemetryczny do dokładnego i wygodnego pomiaru tętna | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na bieżnię dla osób niepełnosprawnych | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Rowerek 2 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE -Cykloergometr pionowy 2 szt.** | TAK |  |  |
| 1 | Sterowany mikroprocesorem system hamowania | TAK |  |  |
| 2 | Obciążenie w zakresie 6- 999 Watt | TAK |  |  |
| 3 | Obciążenie niezależne od prędkości obrotowej | TAK |  |  |
| 4 | Dokładność obciążenia zgodnie z DIN VDE 0750-238 | TAK |  |  |
| 5 | Zakres prędkości obrotowej 30-130 obr/min | TAK |  |  |
| 6 | Regulowany kąt ustawienia kierownicy (360°) | TAK |  |  |
| 7 | Regulacja wysokości siodełka | TAK |  |  |
| 8 | Dopuszczalna max. waga pacjenta 160kg | TAK |  |  |
| 9 | Wyświetlenie na ekranie cykloergometru obciążenia, obrotów pedałów RPM, prędkości, czasu badania, tętna HR | TAK |  |  |
| 10 | Wyświetlacz o wymiarach: 68 x 34 mm (128 x 64 pixeli) | TAK |  |  |
| 11 | Wyświetlenie obrotów pedałów RPM dla pacjenta na diodach LED | TAK |  |  |
| 12 | Cyfrowe i analogowe złącza sterujące | TAK |  |  |
| 13 | Waga cykloergometru do 62kg | TAK |  |  |
| 14 | Wymiary max. (dł. x sz. x wys.) 90cm x 46 cm 133 cm (+/- 3 cm)  Zasilanie 230V/50-60Hz/max. 80W | TAK |  |  |
| 15 | 5 zaprogramowanych fabrycznie protokołów wysiłkowych - (WHO, BAL, Hollmann, STD France, standard) | TAK |  |  |
| 16 | Liczba protokołów programowalnych przez użytkownika: 10 | TAK |  |  |
| 17 | Manualna kontrola obciążenia | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na rowerki | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/2 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 2**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Wózek toaletowy - 5 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Wózek toaletowy z pojemnikiem sanitarnym | TAK |  |  |
| 2 | Wyposażony w cztery koła obrotowe, w tym min. 2 z hamulcem | TAK |  |  |
| 3 | Wyposażony w podłokietniki | TAK |  |  |
| 4 | Wyposażony w odchylane i ściągane podnóżki | TAK |  |  |
| 5 | Wyposażony w poduszkę do siedzenia | TAK |  |  |
| 6 | Konstrukcja umożliwiająca najeżdżanie na sedes | TAK |  |  |
| 7 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 8 | Długość 800 mm (±50 mm) | TAK |  |  |
| 9 | Wysokość 900 mm (±50 mm) | TAK |  |  |
| 10 | Szerokość 520 mm (±60 mm) | TAK |  |  |
| 11 | Szerokość siedziska 420 mm (±10 mm) | TAK |  |  |
| 12 | Wysokość siedziska od podłogi 520 mm (±20 mm) | TAK |  |  |
| 13 | Głębokość siedziska 420 (±10 mm) | TAK |  |  |
| 14 | Wysokość oparcia 370 (±30 mm) | TAK |  |  |
| 15 | Pojemność pojemnika sanitarnego 4-5l | TAK |  |  |
| 16 | Waga wózka: max 13 kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | TAK |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Podnośnik pacjenta – 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Konstrukcja umożliwia łatwe i szybkie składanie do transportu bez używania jakichkolwiek narzędzi | TAK |  |  |
| 2 | Podnośnik wyposażony w cztery kółka obrotowe z hamulcem | TAK |  |  |
| 3 | Rama jezdna jest ruchoma i umożliwia płynną regulację rozstawu dla osiągnięcia maksymalnej stabilności. | TAK |  |  |
| 4 | Podnośnik wyposażony w przycisk awaryjny. | TAK |  |  |
| 5 | Zawieszka z zagłówkiem wykonana z trwałego materiału przepuszczającego wodę - szybkoschnący. | TAK |  |  |
| 6 | Konstrukcja podnośników umożliwia podnoszenie pacjentów z łóżka, z wózka ale również z pozycji podłogi. | TAK |  |  |
| 7 | Podnośnik wyposażony w 2 nośniki( w tym jeden przystosowany do użytku pod prysznicem) | TAK |  |  |
| 8 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 9 | Najniższa pozycja centralnego punktu ograniczenia ruchu: 766 mm (±10 mm) | TAK |  |  |
| 10 | Maksymalna pozycja centralnego punktu ograniczenia ruchu 1840 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 11 | Zakres podnoszenia (zakres wysokości) 1074 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 12 | Długość ramienia 1150 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 13 | Długość całkowita 1290 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 14 | Minimalny rozstaw ramion 554 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 15 | Maksymalny rozstaw ramion 945 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 16 | Waga całkowita: max 42 kg | TAK |  |  |
| 17 | Szerokość całkowita (pozycja złożona), wymiar zewnętrzny 680 mm (±10mm) | TAK |  |  |
| 18 | Szerokość całkowita (pozycja rozłożona), kółka jezdne z przodu 1225 mm | TAK |  |  |
| 19 | Maksymalne obciążenie min 175 kg | TAK |  |  |
| 20 | Regulacje odbywają się za pomocą pilota ręcznego | TAK |  |  |
| 21 | Waga podwozia wraz z silnikiem 20 kg | TAK |  |  |
| 22 | Waga wysięgnika/orczyka 22 kg | TAK |  |  |
| 23 | Dowolna wysokość, co najmniej 51,5 mm | TAK |  |  |
| 24 | Zasięg maksymalny przy 600 mm 434 mm | TAK |  |  |
| 25 | Maksymalny zakres od słupa nośnego 508 mm | TAK |  |  |
| 26 | Wyjście napięcia24V maks. 250 V | TAK |  |  |
| 27 | Napięcie zasilające100-240V ~ maks. 37-53 VA | TAK |  |  |
| 28 | Maksymalny pobór prądu maks. 400 mA | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Wózek transportowy do przewożenia pacjentów – 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Wózek kolumnowy przeznaczony do transportu pacjenta | TAK |  |  |
| 2 | Konstrukcja wykonana z profili stalowych, pokrytych lakierem proszkowym | TAK |  |  |
| 3 | Regulowana wysokość leża: 670 - 990 mm (± 20 mm) | TAK |  |  |
| 4 | Leże czterosegmentowe, wykonane z tworzywa HPL | TAK |  |  |
| 5 | Regulowany kąt nachylenia segmentu pleców sprężyną gazową | TAK |  |  |
| 6 | Kąt pochylenia segmentu pleców: 0° - 70° | TAK |  |  |
| 7 | Pozycja TB / ATB -12° - 12° | TAK |  |  |
| 8 | Wymiary wózka:  Długość: 2080 mm (± 20 mm)  Szerokość: 850 mm (± 20 mm)  Wysokość regulowana: 670 - 990 mm (± 20 mm) | TAK |  |  |
| 9 | Wymiar kół: 150 mm (± 20 mm) | TAK |  |  |
| 10 | Centralna blokada kół, z blokadą kierunkową | TAK |  |  |
| 11 | Barierki zwalniane przy pomocy jednej ręki | TAK |  |  |
| 12 | Barierki składane poniżej poziomu materaca | TAK |  |  |
| 13 | Regulowany kąt zgięcia kolan | TAK |  |  |
| 14 | Leże przezierne dla promieni RTG | TAK |  |  |
| 15 | Uchwyt kasety RTG | TAK |  |  |
| 16 | Centralne koło ułatwiające manewrowanie | TAK |  |  |
| 17 | Wymiary materaca:  Długość: 1860 mm (± 20 mm)  Szerokość: 640 mm (± 20 mm)  Grubość: 80 mm (± 20 mm) | TAK |  |  |
| 18 | Leże z ogranicznikami materaca | TAK |  |  |
| 19 | Plastikowe odbojniki w narożnikach | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax …………………………………………………………………  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Materac przeciwodleżynowy – 4 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE – 2 szt.** | TAK |  |  |
| 1 | Pneumatyczny materac przeciwodleżynowy rurowy zbudowany z komór, automatycznie i naprzemiennie wypełnianych powietrzem | TAK |  |  |
| 2 | Maksymalne obciążenie robocze: 145 kg | TAK |  |  |
| 3 | Wymiary materaca: 200cm x 80 cm x 12cm (± 5 cm) | TAK |  |  |
| 4 | Zakres ciśnienia: od nie mniej niż 50 do nie więcej niż 100 mmHg | TAK |  |  |
| 5 | Przepływ powietrza: min. 6l/min | TAK |  |  |
| 6 | Funkcja reanimacyjną CPR - zawór spustu powietrza | TAK |  |  |
| 7 | Cykl pracy stały: 12min (±2min) | TAK |  |  |
| 8 | Alarm niskiego ciśnienia sygnalizowany dźwiękowo | TAK |  |  |
| 9 | Materac w pokrowcu przepuszczającym parę wodną, nie przepuszczającym cieczy | TAK |  |  |
| 10 | Komory napełniane na przemian (co trzecia) | TAK |  |  |
| 11 | Pokrowiec materaca wykonany z poliuretanu zapinany na zamek błyskawiczny z oznaczeniem głowy i nóg w formie rysunku. | TAK |  |  |
| 12 | Regulacja ciśnienia przy pomocy pompy o płynnej regulacji | TAK |  |  |
| 13 | Pompa zasilana elektrycznie, przystosowana do pracy 24 godziny na dobę | TAK |  |  |
| 14 | Pompa wyposażona w łatwy w wymianie filtr powietrza | TAK |  |  |
| 15 | Tryb statyczny | TAK |  |  |
| 16 | Pompa utrzymująca ciśnienie w materacu w przypadku zaniku zasilania | TAK |  |  |
| 17 | Węże łączące materac z pompą mocowane za pomocą szybkozłącza | TAK |  |  |
| 18 | **WYMAGANIA OGÓLNE – 2 szt.** | TAK |  |  |
| 19 | Pneumatyczny materac przeciwodleżynowy rurowy zbudowany z komór, automatycznie i naprzemiennie wypełnianych powietrzem | TAK |  |  |
| 20 | Wymiary materaca: 200cm x 80 cm x 20cm (± 5 cm) | TAK |  |  |
| 21 | Maksymalne obciążenie robocze: 180 kg | TAK |  |  |
| 22 | Zakres ciśnienia: od nie więcej niż 10 do nie mniej niż 50 mm Hg | TAK |  |  |
| 23 | Przepływ powietrza: min. 13 l/min | TAK |  |  |
| 24 | Funkcja reanimacyjna CPR - zawór spustu powietrza | TAK |  |  |
| 25 | Pompa kontrolująca wilgotność wtłaczanego powietrza | TAK |  |  |
| 26 | Alarm niskiego ciśnienia sygnalizowany dźwiękowo | TAK |  |  |
| 27 | Możliwość wyboru cyklu pracy co 6 min, 9 min, 12 min, 25 min | TAK |  |  |
| 28 | Funkcja siedzenia – utwardzanie 3 komór na czas siadania | TAK |  |  |
| 29 | Funkcja poduszki – stałe ciśnienie w trzech komorach od strony głowy | TAK |  |  |
| 30 | Tryb pracy statycznej | TAK |  |  |
| 31 | Materac w pokrowcu przepuszczającym parę wodną, nieprzepuszczającym cieczy | TAK |  |  |
| 32 | Komory napełniane na przemian (co trzecia) | TAK |  |  |
| 33 | Pokrowiec materaca wykonany z poliuretanu zapinany na zamek błyskawiczny z oznaczeniem głowy i nóg w formie rysunku. | TAK |  |  |
| 34 | Regulacja ciśnienia przy pomocy pompy o płynnej regulacji | TAK |  |  |
| 35 | Pompa zasilana elektrycznie, przystosowana do pracy 24 godziny na dobę | TAK |  |  |
| 36 | Pompa wyposażona w łatwy w wymianie filtr powietrza | TAK |  |  |
| 37 | Czujnik kontroli obciążenia, regulujący ciśnienie do wagi i pozycji pacjenta | TAK |  |  |
| 38 | Pompa utrzymująca ciśnienie w materacu w przypadku zaniku zasilania | TAK |  |  |
| 39 | Materac wyposażony w bezprzewodowy pilot pozwalający na regulacje wszystkich parametrów | TAK |  |  |
| 40 | Komory materace wyposażone w mikro-wentylację z możliwością łatwiej wymiany bez użycia narzędzi | TAK |  |  |
| 41 | W zestawie z materacem dołączona zapasowa komora | TAK |  |  |
| 42 | Węże łączące materac z pompą mocowane za pomocą szybko-złącza | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ………………………………………………………………….  Adres e-mail ……………………………………………………………… | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Łóżko wielofunkcyjne - 6 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Łóżko szpitalne z regulowaną wysokością leża (regulacje elektryczne) | TAK |  |  |
| 2 | Wymiary zewnętrzne: 2150 x 1050 mm (±100 mm) | TAK |  |  |
| 3 | Funkcje łóżka: zmienna wysokość leża oraz kąta uniesienia pleców i nóg | TAK |  |  |
| 4 | Konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym z dodatkiem żywicy utwardzającej lakier. Łóżko na konstrukcji ramowej podpartej w co najmniej 4 miejscach | TAK |  |  |
| 5 | Profile łóżka typu ERW wykonane ze stalowych prostokątnych tub | TAK |  |  |
| 6 | Czterosegmentowe leże pacjenta wykonane z tworzywa ABS. Panele leża zdejmowane, wyposażone w otwory wentylacyjne. Panele odejmowane bez użycia narzędzi | TAK |  |  |
| 7 | Regulacja wysokości bez materaca na poziomie 460-750mm (±100 mm),: kąt uniesienia oparcia pleców (75°±10°): kąt uniesienia oparcia nóg:45° (±10°). Regulacje dokonywane za pomocą siłowników elektromechanicznych | TAK |  |  |
| 8 | Regulacje elektryczne realizowane za pomocą paneli, wbudowanych w 2 barierki boczne. Możliwość sterowania panelem od wewnętrznej oraz zewnętrznej strony barierki. Każdy panel posiada ilustracje opisujące zmianę położenia po przyciśnięciu danego przycisku | TAK |  |  |
| 9 | Szczyty wykonane z łatwo zmywalnego tworzywa sztucznego lub płyty HPL – zdejmowane, stanowiące całość | TAK |  |  |
| 10 | Możliwość odjęcia szczytów bez użycia narzędzi. | TAK |  |  |
| 11 | Szczyty głowy i nóg nie poruszające się wraz z leżem | TAK |  |  |
| 12 | Szczyty łóżka z wyprofilowanymi uchwytami do prowadzenia łóżka | TAK |  |  |
| 13 | W szczyt łóżka od strony nóg wbudowany panel pielęgniarski z ilustracjami obrazującymi każdą pozycję umożliwiający zablokowanie poszczególnych funkcji sterowania z barierek | TAK |  |  |
| 14 | Możliwość wyboru koloru wypełnień szczytów min. 5 | TAK |  |  |
| 15 | Łatwo opuszczany i podnoszony stalowy, zatrzaskowy zawias lub dźwignia umożliwiający demontaż szczytów, zabezpieczający przed przypadkowym wyjęciem szczytów np. podczas transportu | TAK |  |  |
| 16 | Barierki boczne na całej długości leża m.in. zabezpieczające pacjenta przed przypadkowymi uszkodzeniami ciała wynikającymi z upadku | TAK |  |  |
| 17 | Dwupozycyjne barierki boczne, posiadające bezpieczny mechanizm zamknięcia, uniemożliwiający przypadkowe opuszczenie przez pacjenta | TAK |  |  |
| 18 | Ustawienie barierek bocznych regulowana przy pomocy bezpiecznego przycisku, pewność bezpiecznego zamknięcia mechanizmu sygnalizowana „kliknięciem” | TAK |  |  |
| 19 | Barierki dwuczęściowe, zwalniane za pomocą jednej ręki. Opuszczane poniżej poziomu leża | TAK |  |  |
| 20 | Możliwość wyboru min 3 kolorów korby oraz akcentu kolorystycznego elementów barierek | TAK |  |  |
| 21 | Podgumowane koła o średnicy:125 mm (±10 mm) w łatwozmywalnej osłonie przeciwpyłowej wykonanej z tworzywa sztucznego. | TAK |  |  |
| 22 | Centralny hamulec zlokalizowany pod szczytem łóżka od strony nóg | TAK |  |  |
| 23 | Tuleje do zamocowania stojaka kroplówki w każdym narożniku | TAK |  |  |
| 24 | Funkcja Autokontur pozwalająca w szybki sposób na powrót do pozycji umożliwiającej RKO, realizowana za pomocą jednego przycisku na panelu pielęgniarskim | TAK |  |  |
| 25 | Materac łóżka wodoodporny, paroprzepuszczalny i łatwozmywalny, czterokomorowy, dopasowany do segmentów leża.  Wymiary materaca dostosowane do leża pacjenta, gęstość wypełnienia materaca 30 kg/m3 (±5 kg /m3). Odpowiednia sprężystość pianki poliuretanowej w materacu zapewnia podczas leżenia i zmiany pozycji równomierne rozłożenie ciężaru ciała  Wymagane dokumenty:  - atest higieniczny PZH nr HK/B/0056/01/2016 lub równoważny  - certyfikat OEKO-TEX lub równoważny | TAK |  |  |
| 26 | Zasilanie standardowe: 230 V, 50 Hz | TAK |  |  |
| 27 | Akumulator | TAK |  |  |
| 28 | Bezpieczne obciążenie robocze min 265 kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Wózek wanna do mycia pacjentów – 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Konstrukcja odporna na uszkodzenia mechaniczne i łatwa w utrzymaniu czystości | TAK |  |  |
| 2 | Wanna z PCV wyposażona w poduszkę i odpływ | TAK |  |  |
| 3 | Hydrauliczna regulacja wysokości w zakresie min. 540- 970 mm | TAK |  |  |
| 4 | Koła ogumowane z centralną blokadą | TAK |  |  |
| 5 | Odchylane barierki boczne | TAK |  |  |
| 6 | Materac zdejmowany | TAK |  |  |
| 7 | Stała pozycja ATB 3 stopnie | TAK |  |  |
| 8 | Plastikowe krążki odbojowe w każdym narożu | TAK |  |  |
| 9 | Podstawa z osłoną | TAK |  |  |
| 10 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 11 | Długość (mm) 2050 +/- 20 mm | TAK |  |  |
| 12 | Szerokość (mm) 810 +/- 10 mm | TAK |  |  |
| 13 | Udźwig min: 170 kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Stół elektryczny zabiegowy – 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Konstrukcja stołu wykonana z stali galwanizowanej pokrytej lakierem proszkowym odporna na korozję oraz działanie promieniowania UV | TAK |  |  |
| 2 | Siedzisko wykonane z pianki viscoelastycznej termoplastycznej w zmywalnym pokrowcu odpornym na działanie środków dezynfekujących | TAK |  |  |
| 3 | Wysokość stołu, podparcie pleców i nóg oraz regulacje TB/ATB regulowane elektro-mechanicznie za pomocą ręcznego pilota przewodowego | TAK |  |  |
| 4 | Podstawa jezdna stołu pokryta antybakteryjnym tworzywem ABS odpornym na działanie środków dezynfekujących oraz promieniowanie UV | TAK |  |  |
| 5 | Odejmowane uchwyty narzędziowe mocowane za pomocą śruby do szyn ze stali nierdzewnej umieszczonych po bokach fotela | TAK |  |  |
| 6 | Stół wyposażony w demontowalny zagłówek o takiej samej szerokości jak siedzisko | TAK |  |  |
| 7 | Wielopozycyjne podłokietniki regulowane ręcznie z możliwością demontażu | TAK |  |  |
| 8 | Szerokość podłokietników 20 cm (±2 cm) | TAK |  |  |
| 9 | Stół wyposażony w podporę nóg o wysokości regulowanej ręcznie z możliwością demontażu | TAK |  |  |
| 10 | Dwie szyny akcesoryjne wykonane ze stali nierdzewnej umieszczone po bokach stołu wyposażone w wielopozycyjne uchwyty regulowane za pomocą mechanizmu śrubowego | TAK |  |  |
| 11 | Dwie podpory nóg mocowane do szyny akcesoryjnej | TAK |  |  |
| 12 | Możliwość wyboru wersji kolorystycznej – co najmniej 10 opcji | TAK |  |  |
| 13 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 14 | Całkowita długość stołu 190 cm (±3 cm) | TAK |  |  |
| 15 | Wysokość regulowana w zakresie: 64 – 84 cm (±3 cm) | TAK |  |  |
| 16 | Szerokość siedziska i oparcia pleców 65 cm (±2 cm) | TAK |  |  |
| 17 | Szerokość stołu z zamontowanymi podłokietnikami 1050 cm (±3 cm) | TAK |  |  |
| 18 | Regulacja TB w zakresie 0 – 13° (±1°) | TAK |  |  |
| 19 | Regulacja segmentu nóg w zakresie 0 – 90° (±5°), regulacja segmentu pleców w zakresie 0-70° (±5°) | TAK |  |  |
| 20 | Dopuszczalne obciążenie 180 kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Wózek toaletowy do pielęgnacji pacjenta z poj. na pościel – 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Dwa wyjmowane kosze z workami na pranie | TAK |  |  |
| 2 | Haki na dodatkowe worki | TAK |  |  |
| 3 | Cztery zwrotne koła | TAK |  |  |
| 4 | Konstrukcja wykonana z tworzywa sztucznego | TAK |  |  |
| 5 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 6 | Długość 1900 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 7 | Głębokość 500 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 8 | Wysokość 1050 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 9 | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 10 | Konstrukcja odporna na uszkodzenia mechaniczne i łatwa w utrzymaniu czystości | TAK |  |  |
| 11 | Wanna z PCV wyposażona w poduszkę i odpływ | TAK |  |  |
| 12 | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie min. 540- 970 mm | TAK |  |  |
| 13 | Koła ogumowane z centralną blokadą blokadą | TAK |  |  |
| 14 | Odchylane barierki boczne | TAK |  |  |
| 15 | Materac zdejmowany | TAK |  |  |
| 16 | Regulowana pozycja ATB: 5 stopnie | TAK |  |  |
| 17 | Plastikowe krążki odbojowe w każdym narożu | TAK |  |  |
| 18 | Podstawa z osłoną | TAK |  |  |
| 19 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 20 | Długość 2050 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 21 | Szerokość 810 mm (+/- 10 mm) | TAK |  |  |
| 22 | Udźwig min: 170kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………….  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/3 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 3**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa 4 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: …………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Pompa infuzyjna 2-strzykawkowa posiadająca  dwa niezależnie programowane tory infuzyjne (nie dopuszcza się pomp infuzyjnych 1-strzykawkowych łączonych w zestaw) | TAK |  |  |
| 2 | Wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim | TAK |  |  |
| 3 | Klawiatura alfanumeryczna | TAK |  |  |
| 4 | Ciekłokrystaliczny, alfanumeryczny wyświetlacz parametrów infuzji | TAK |  |  |
| 5 | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami  o objętości: 5, 10, 20, 30, 50/60 ml | TAK |  |  |
| 6 | Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów krajowych i zagranicznych  (minimum 5) - podać nazwy producentów wykorzystywanych strzykawek | TAK |  |  |
| 7 | Automatyczne rozpoznawanie strzykawek  Zakres szybkości infuzji przynajmniej co 0,1 ml/h:  0,1-400 ml/h dla strzykawek 5/6 ml  0,1-600 ml/h dla strzykawek 10/12 ml  0,1-1000 ml/h dla strzykawek 20 ml  0,1-1200 ml/h dla strzykawek 30/35 ml  0,1-2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml | TAK |  |  |
| 8 | Programowanie infuzji w jednostkach (minimum): ml/h, mg/h, µg/h, mg/kg/h, µg/kg/h, mg/kg/min, µg/kg/min. | TAK |  |  |
| 9 | Dokładność szybkości dozowania +/-2% | TAK |  |  |
| 10 | Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana  w dowolnym momencie wlewu | TAK |  |  |
| 11 | Regulowana szybkość dozowania dawki  uderzeniowej BOLUS (minimum) co 0,1 ml/h:  do 400 ml/h dla strzykawek 5/6 ml  do 600 ml/h dla strzykawek 10/12 ml  do 1000 ml/h dla strzykawek 20 ml  do 1200 ml/h dla strzykawek 30/35 ml  do 2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml. | TAK |  |  |
| 12 | Możliwość zmiany szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | TAK |  |  |
| 13 | Możliwość podglądu zaprogramowanych  parametrów infuzji | TAK |  |  |
| 14 | Możliwość zablokowania przycisków klawiatury | TAK |  |  |
| 15 | Programowana objętość infuzji co 0,1 ml (minimum) w zakresie 0,1 do 999,9 ml | TAK |  |  |
| 16 | Programowanie:  -prędkości,  -prędkości i objętości,  -prędkości i czasu,  -objętości i czasu | TAK |  |  |
| 17 | Ustawianie wartości ciśnienia okluzji przynajmniej  7 poziomów w zakresie 300-900 mmHg | TAK |  |  |
| 18 | Możliwość programowania nazwy oddziału | TAK |  |  |
| 19 | Wyświetlanie nazw (minimum) 30 leków  (możliwość wymiany wszystkich nazw leków) | TAK |  |  |
| 20 | Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku (minimum) 16 profili.. | TAK |  |  |
| 21 | Funkcja KVO programowalna w zakresie  (minimum) 0-5 ml/h co 0,1 ml/h | TAK |  |  |
| 22 | Funkcja Stand-By programowana 1sek-24h | TAK |  |  |
| 23 | Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej  od 1 min do 99 godzin. | TAK |  |  |
| 24 | Rejestr zdarzeń (minimum) 2000 | TAK |  |  |
| 25 | Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń. Podać listę alarmów. | TAK |  |  |
| 26 | Regulacja głośności alarmu | TAK |  |  |
| 27 | Uchwyt umożliwiający zamocowanie pompy  m.in. do stojaka, łóżka, stacji dokującej MD | TAK |  |  |
| 28 | Zasilanie sieciowe: 100-240 V, 50/60 Hz  (zasilacz wewnętrzny) | TAK |  |  |
| 29 | Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe (minimum)  -20h przy przepływie 5 ml/h  -4h przy przepływie 100 ml/h | TAK |  |  |
| 30 | Automatyczne ładowanie akumulatorów  w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego | TAK |  |  |
| 31 | Klasa ochronności [minimum] I, CF, odporność  na defibrylację | TAK |  |  |
| 32 | Port komunikacyjny np. RS-232.. | TAK |  |  |
| 33 | Masa urządzenia (z akumulatorem) max 4,2 kg | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Wyposażenie: statyw do każdej pompy:  - podstawa o konstrukcji stabilnej, funkcjonalnej  i estetycznej  - podstawa jezdna minimum pięcioramienna  z możliwością blokowania min 2 kół  - statyw (rura) wykonany ze stali kwasoodpornej, polerowanej  - kolumna nie niższa niż 190 cm, wyposażona w 4-ramienny uchwyt do zawieszania pojemników  z płynami infuzyjnymi  - kolumna z listwą przyłączeniową zawierająca minimum pięć gniazd sieciowych i centralny wyłącznik  - konstrukcja umożliwiająca regulację wysokości statywu  - dopuszczane obciążenie stojaka minimum 17kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na pompy infuzyjne dwustrzykawkowe | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Aparat do spirometrii 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ………………………………………….…

Rok produkcji: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Kolorowy ekran dotykowy LCD rozdzielczość min. 640 × 480 RGB (kolor) | TAK |  |  |
| 2 | Zintegrowana drukarka termiczna na standardowy papier o szerokości 112mm | TAK |  |  |
| 3 | Prezentacja krzywa przepływu - objętość i objętość-czas w czasie rzeczywistym | TAK |  |  |
| 4 | Możliwość wyświetlania trzech krzywych na wykresie przepływ-objętość | TAK |  |  |
| 5 | Sensory wielorazowego użytku, które można łatwo dezynfekować | TAK |  |  |
| 6 | Zgodność ze standardami ATS / ERS 2005, EN 13826 i normami bezpieczeństwa EN 60601-1 | TAK |  |  |
| 7 | Zakres przepływu (litry/s) 16 l/s (wdech / wydech) | TAK |  |  |
| 8 | dokładność (50 ml/s do 16 l/s) ± 5% lub 50 ml/s (ważna większa wartość) | TAK |  |  |
| 9 | Zakres objętości (litry) 0,025 do 8 litrów | TAK |  |  |
| 10 | Dokładność (0,025 do 8 l) ± 3% lub 50 ml (ważna większa wartość) | TAK |  |  |
| 11 | Opór przepływu < 79 Pa / l/s | TAK |  |  |
| 12 | Automatyczny wybór najlepszego testu z możliwością zmian ręcznych | TAK |  |  |
| 13 | Automatyczna interpretacja (Enright, BTS, ATS) | TAK |  |  |
| 14 | Testy bronchoprowokacyjne PRE/POST | TAK |  |  |
| 15 | Automatyczna korekcja BTPS - automatyczne pomiary wilgotności względnej, temperatury otoczenia i ciśnienia barometrycznego | TAK |  |  |
| 16 | Spirometria natężona: FVC, Best FVC, FEV0.75, FEV1, Best FEV1, FEV3, FEV6, PEF, FEV0.75/FVC, FEV1/FVC, FEV3/FVC, FEV6/FVC, FEV0.75/SVC, FEV1/SVC, FEV3/SVC, FEV6/SVC, PIF, FIVC, FIV1, MEF75, MEF50, MEF25, FEF75, FEF50, FEF25, MMEF, FET25, FET50, MIF75, MIF50, MIF25, PEFT, FIF50, FEF50/FIF50, FEF50/SVC, FEV0.75/FEV6, FEV1/ FEV6, FIV1/FIVC, VEXT, Wiek płuc | TAK |  |  |
| 17 | Spirometria swobodna: SVC, ERV, IRV, TV, IC, IVC | TAK |  |  |
| 18 | Maksymalna wentylacja dowolna MVV: MVV, MVVf, MRf | TAK |  |  |
| 19 | Wartości wzorcowe: ECCS/ERS 1993, ECCS 1983, NHANES III, Knudson 1983, Knudson 1976, Roca 1986, CRAPO 1981, ITS, Perreira – Brazylia, LAM, Gore – Australia, Zapletal 1977 | TAK |  |  |
| 20 | Konfigurowalny protokół wyników | TAK |  |  |
| 21 | Możliwość stworzenia indywidualnych profili użytkownika | TAK |  |  |
| 22 | 250 rekordów w pamięci aparatu | TAK |  |  |
| 23 | Wejście USB i RS-232 | TAK |  |  |
| 24 | Wbudowany akumulator | TAK |  |  |
| 25 | Waga aparatu do 3,5 kg. | TAK |  |  |
| 26 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie komputerowej spirometrii pracujące na wspólnej bazie pacjentów i stanowiące jeden z modułów platformy medycznej: holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, komputerową spirometrię i komputerowe EKG | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Zestaw 4 sensorów z plastikowymi ustnikami | TAK |  |  |
| 2 | Stolik jezdny z kuwetą na akcesoria | TAK |  |  |
| 3 | Pompa kalibracyjna 3 litry | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na aparat do spirometrii | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Holter EKG 1 zestaw**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE 1 zestaw 3 rejestratorów 3-kanałowy holtera EKG** | TAK |  |  |
| 1 | Zapis danych w trybie 3-kanałowym z 5 odprowadzeń. | TAK |  |  |
| 2 | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | TAK |  |  |
| 3 | Możliwość uruchomienia badania z wpisaniem danych pacjenta i parametrów badania bezpośrednio w rejestratorze bez udziału komputera | TAK |  |  |
| 4 | Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta | TAK |  |  |
| 5 | Częstotliwość próbkowania 2000Hz przy rozdzielczości zapisu 24 bity. | TAK |  |  |
| 6 | Funkcja wykrywania rozrusznika 100uS przy próbkowaniu 40000Hz | TAK |  |  |
| 7 | Możliwość ciągłego zapisu do 2 dni | TAK |  |  |
| 8 | Zapis danych na karcie pamięci typu SD | TAK |  |  |
| 9 | Detekcja pracy stymulatora | TAK |  |  |
| 10 | Wyświetlacz LCD w rejestratorze z podglądem sygnału EKG | TAK |  |  |
| 11 | Komunikacja z komputerem poprzez kabel mini USB, karty SD i bezprzewodowa | TAK |  |  |
| 12 | Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon) | TAK |  |  |
| 13 | Zasilanie z 2 baterii lub akumulatorów AA | TAK |  |  |
| 14 | Waga rejestratora z bateriami max 140g | TAK |  |  |
| 15 | Rozmiary rejestratora: 102 x 62 x 24 mm (+/-5 mm) | TAK |  |  |
| 16 | W zestawie z rejestratorem instrukcja obsługi w języku polskim, kabel pacjenta, dwie karty pamięci, cztery akumulatory AA, futerał z trzema paskami dla pacjenta | TAK |  |  |
| **II** | **OPROGRAMOWANIE** | TAK |  |  |
| 1 | Oprogramowanie pracujące na wspólnej bazie pacjentów i stanowiące jeden z modułów platformy medycznej: holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, ergospirometrię, komputerowe EKG i komputerową spirometrię | TAK |  |  |
| 2 | Wielopoziomowa klasyfikacja pobudzeń | TAK |  |  |
| 3 | Umożliwienie przeprowadzenie następujących analiz:  - Analiza HRV  - Analiza obniżenia odcinka ST | TAK |  |  |
| 4 | Wyświetlanie sygnału EKG w postaci wstęg i stronicowym | TAK |  |  |
| 5 | Wyświetlenie sygnału EKG na bieżąco na monitorze komputera podczas przygotowania pacjenta. | TAK |  |  |
| 6 | Komunikacja z komputerem poprzez kabel mini USB, karty SD i bezprzewodowa | TAK |  |  |
| 7 | Menu programu i raporty w języku polskim | TAK |  |  |
| 8 | Zabezpieczenie dostępu do programu kluczem sprzętowym i hasłem | TAK |  |  |
| 9 | Tworzenie raportów w formacie PDF z poziomu programu | TAK |  |  |
| 10 | Wyświetlenie trendów HR, RR oraz mierzonych wartości granicznych | TAK |  |  |
| 11 | Analiza czasowa podstawowych wartości badania względem godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność | TAK |  |  |
| 12 | Możliwość zmiany szaty graficznej w programie | TAK |  |  |
| 13 | Możliwość zmiany ilości, rozmiaru i położenia wyświetlanych okien w programie | TAK |  |  |
| 14 | Tabela arytmii uporządkowana względem ważności | TAK |  |  |
| 15 | Możliwość rozbudowy systemu holterowskiego o dodatkowe stanowisko pielęgniarskie pracujące w sieci lokalnej z ograniczonymi prawami analizy badania | TAK |  |  |
| 16 | Interaktywny histogram odstępów RR z możliwością usunięcia artefaktów. | TAK |  |  |
| 17 | Interaktywny histogram różnic pomiędzy dwoma sąsiednimi pobudzeniami. Widok akceleracji/deceleracji pomiędzy pobudzeniami. | TAK |  |  |
| 18 | Trendy oraz podział czasowy rytmu podstawowego i wzorów arytmii | TAK |  |  |
| 19 | Histogram odstępów pomiędzy pobudzeniami w analizie HRV | TAK |  |  |
| 20 | Analiza czasowa wartości HRV w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta. | TAK |  |  |
| 21 | Podgląd i nawigacja do wartości granicznych ST | TAK |  |  |
| 22 | Łączny czas trwania odcinka ST ponad, poniżej i w limicie dla każdego odprowadzenia EKG. | TAK |  |  |
| 23 | Analiza czasowa wartości ST w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta. | TAK |  |  |
| 24 | Wykres oraz podział czasu na podstawowe wartości badania/zdarzenia | TAK |  |  |
| 25 | Współpraca z rejestratorami 12-kanałowymi, 7-kanałowymi i 3 kanałowymi | TAK |  |  |
| **III** | **STACJA ROBOCZA wym. minimalne** | TAK |  |  |
| 1 | Microsoft Windows 7 (Seven) 64 bit | TAK |  |  |
| 2 | Pamięć RAM 8GB | TAK |  |  |
| 3 | Procesor Intel i3 | TAK |  |  |
| 4 | HDD 500GB | TAK |  |  |
| 5 | 4x Port USB 2.0 | TAK |  |  |
| 6 | Monitor 24" 1920x1080 | TAK |  |  |
| 7 | Drukarka laserowa | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na holter EKG | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211 | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Holter ciśnieniowy 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE 1x rejestrator holtera ciśnienia** | TAK |  |  |
| 1 | Metoda pomiaru oscylometryczna | TAK |  |  |
| 2 | Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego | TAK |  |  |
| 3 | Możliwość ustawienia czasu ciągłego zapisu: 24, 27, 48 oraz 51 godz. | TAK |  |  |
| 4 | Komunikacja z komputerem poprzez kabel optyczny USB (światłowód o szybkości transmisji 115200bit/s) | TAK |  |  |
| 5 | Pomiar na żądanie | TAK |  |  |
| 6 | Przycisk zmiany ręcznej pomiędzy dniem a nocą | TAK |  |  |
| 7 | Przycisk informacji o pobraniu leku | TAK |  |  |
| 8 | Automatyczny dobór ciśnienia w rękawie pacjenta | TAK |  |  |
| 9 | Możliwość stosowania 3 rodzaje mankietów (mały, standard, duży) | TAK |  |  |
| 10 | Wyświetlacz LCD w rejestratorze | TAK |  |  |
| 11 | Wyświetlenie napięcia baterii i ich stanu naładowania | TAK |  |  |
| 12 | Zasilanie z 2 baterii lub akumulatorów AA | TAK |  |  |
| 13 | Waga bez akumulatorów do 190g | TAK |  |  |
| 14 | Rozmiary rejestratora: 98 x 69 x 29 mm (+/-5mm) | TAK |  |  |
| **II** | **OPROGRAMOWANIE** | TAK |  |  |
| 1 | Oprogramowanie pracujące na wspólnej bazie pacjentów i stanowiące jeden z modułów platformy medycznej: holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, ergospirometrię, komputerowe EKG i komputerową spirometrię. | TAK |  |  |
| 2 | Możliwość podziału okresu badań na 4 podokresy i ich programowanie | TAK |  |  |
| 3 | Możliwość programowania czasu wykonania poszczególnych pomiarów (z dokładnością do 1 min). | TAK |  |  |
| 4 | Wyliczenie takich wartości jak: ciśnienia maksymalne, średnie ważone ciśnienia i tętna, ładunku ciśnienia krwi dla całości badania jak i dla każdego podokresu oraz porannego wzrostu | TAK |  |  |
| 5 | Tryby pracy administratora i użytkowników systemu | TAK |  |  |
| 6 | Zabezpieczenie dostępu do oprogramowania hasłem | TAK |  |  |
| 7 | Menu i raporty w języku polskim | TAK |  |  |
| 8 | Możliwość przeglądania wyników pomiarów w formie tabeli, wykresów i histogramów | TAK |  |  |
| 9 | Możliwość wprowadzenia uwag do poszczególnych pomiarów | TAK |  |  |
| 10 | Możliwość konfiguracji i pełnej edycji raportu (tak, jak w edytorze tekstu) | TAK |  |  |
| 11 | W zestawie z rejestratorem futerał z paskiem, mankiet standardowy, osiem akumulatorów, ładowarka akumulatorów, walizka | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na holter ciśnieniowy | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Aparat EKG 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Aparat 12-kanałowy | TAK |  |  |
| 2 | Kolorowy ekran graficzny-dotykowy LCD z możliwością podglądu 3, 6, 12 odprowadzeń (oraz informacjami tekstowymi o parametrach zapisu i wydruku oraz kontakcie każdej elektrody ze skórą) | TAK |  |  |
| 3 | Wymiar ekranu 5,7”, ekran dotykowy o rozdzielczości min. 640x480 | TAK |  |  |
| 4 | Menu w języku polskim | TAK |  |  |
| 5 | Wymiary 330x270x74 (+/- 30mm) | TAK |  |  |
| 6 | Waga max 3,2 kg | TAK |  |  |
| 7 | Klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna | TAK |  |  |
| 8 | Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą | TAK |  |  |
| 9 | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe | TAK |  |  |
| 10 | Sygnalizacja naładowania akumulatora | TAK |  |  |
| 11 | Wydajność akumulatora do 180min. | TAK |  |  |
| 12 | Częstotliwość próbkowania do 40 000Hz | TAK |  |  |
| 13 | Pasmo Przenoszenia 0,04-170Hz | TAK |  |  |
| 14 | Częstotliwość próbkowania 2000 Hz | TAK |  |  |
| 15 | Szerokość papieru 112 mm, możliwość stosowania rolki 110xmmx40m | TAK |  |  |
| 16 | Ilość drukowanych odprowadzeń w trybie automatycznym: 3x4, 3x4+1, 3x4+2, 3x4+3, 4x3+1, 6x2, 6x2+1, 6x2+2, 12 | TAK |  |  |
| 17 | Ilość drukowanych odprowadzeń w trybie manualnym po 3, 4, 6, 12 | TAK |  |  |
| 18 | Prędkość przesuwu papieru (mm/s) 5; 10; 25; 50 | TAK |  |  |
| 19 | Czułość (mm/mV): 2,5; 5; 10; 20 | TAK |  |  |
| 20 | Rejestracja w trybie automatycznym: czas rzeczywisty, czas synchron | TAK |  |  |
| 21 | Zapis wsteczny z możliwością wyboru przez użytkownika czasu opóźnienia -1, -2, -3, -4, -5, -7, -10 sekund | TAK |  |  |
| 22 | Detekcja kardiostymulatorów | TAK |  |  |
| 23 | Filtr zakłóceń sieciowych (50, 60 Hz), filtr zakłóceń mięśniowych (25, 35 Hz), filtr izolinii Hz (0,05 (3,2s), 0,11 (1,5s), 0,25 90,6s), 0,50 (0,3s), 1,50 (0,1s), spline) | TAK |  |  |
| 24 | Filtr automatyczny dostosowujący wartości innych filtrów (autoadaptacyjny) | TAK |  |  |
| 25 | Sygnał dźwiękowy tętna | TAK |  |  |
| 26 | Baza danych 400 zapisów EKG w pamięci aparatu | TAK |  |  |
| 27 | Profil automatyczny i manualny | TAK |  |  |
| 28 | Profil long, automatyczny zapis do pamięci aparatu do 10 minut z 1 lub 2 odprowadzeń bez jednoczesnego wydruku, wynik wraz z wykresem częstości i z histogramem (np. do wykrywania arytmii) | TAK |  |  |
| 29 | Możliwość podglądu zapisów EKG i analizą bez drukowania z pamięci aparatu z możliwością zmiany ilości odprowadzeni | TAK |  |  |
| 30 | Możliwość wykonania kopii badania z pamięci aparatu | TAK |  |  |
| 31 | Możliwość wpisania do wydruku danych pacjenta, danych lekarza, nazwy oddziału | TAK |  |  |
| 32 | Oprogramowanie do komputerowego EKG pracujące na wspólnej bazie pacjentów i stanowiące jeden z modułów platformy medycznej: holter EKG, holter ciśnieniowy, próbę wysiłkową, komputerową spirometrię i komputerowe EKG z możliwością analizy tzw. długiego QT oraz porównywania badań tego samego pacjenta | TAK |  |  |
| 33 | Możliwość wykonania zapisu przy podłączeniu tylko elektrod kończynowych (np. przy urazach czy opatrunku klatki piersiowej | TAK |  |  |
| 34 | Możliwość wydruku bezpośrednio na drukarce laserowej lub atramentowej | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Komplet elektrod | TAK |  |  |
| 2 | Kabel pacjenta | TAK |  |  |
| 3 | Przewód podłączeniowy | TAK |  |  |
| 4 | Żel min. 300ml, papier - rolka 112 mm, | TAK |  |  |
| 5 | Wózek producenta aparatu EKG z wysięgnikiem i kuwetą na akcesoria | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na aparat EKG | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Respirator 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Przenośny aparat do transportu wewnątrzszpitalnego pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia | TAK |  |  |
| 2 | Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia, dostosowany do wentylacji inwazyjnej jak i nieinwazyjnej. | TAK |  |  |
| 3 | Waga respiratora: maksymalnie 7 kg wraz z akumulatorem | TAK |  |  |
| 4 | Własne zintegrowane źródło powietrza (turbina, tłok, mikro-pompa) zapewniające ciągłe zasilanie respiratora w powietrze zarówno przy zasilaniu sieciowym jak i akumulatorowym | TAK |  |  |
| 5 | Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu lub możliwość podłączenia butli tlenowej z reduktorem | TAK |  |  |
| 6 | Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz (+/-5%) | TAK |  |  |
| 7 | Zasilanie ze zintegrowanego akumulatora w czasie transportu na minimum 10 godzin pracy.(respirator wraz z wbudowanym źródłem powietrza) | TAK |  |  |
| 8 | Wentylacja wspomagana/kontrolowana SIMV Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa | TAK |  |  |
| 9 | Wentylacja SPONTANICZNA | TAK |  |  |
| 10 | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych | TAK |  |  |
| 11 | PEEP/CPAP | TAK |  |  |
| 12 | Wentylacja przy bezdechu | TAK |  |  |
| 13 | Oddech kontrolowany objętością VCV | TAK |  |  |
| 14 | Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV | TAK |  |  |
| 15 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV | TAK |  |  |
| 16 | CPAP Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych | TAK |  |  |
| 17 | Częstość oddechów w trybach kontrolowanych w zakresie nie mniejszym niż od 1 do 90 na minutę | TAK |  |  |
| 18 | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 50 do 2000 ml | TAK |  |  |
| 19 | Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo- kontrolowanych | TAK |  |  |
| 20 | Respirator musi posiadać zakres regulacji przepływu szczytowego umożliwiający wentylację pacjentów pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny: 6-100 l/min | TAK |  |  |
| 21 | Stosunek wdech/ wydech zakres min. 1:9 do 3:1 | TAK |  |  |
| 22 | Szczytowe ciśnienie wdechowe w zakresie nie mniejszym niż od 5 do 60 cmH2O | TAK |  |  |
| 23 | Ciśnienie wspomagania PSV/ASB w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 45 cmH2O | TAK |  |  |
| 24 | Regulacja CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 0 do 30 cmH2O | TAK |  |  |
| 25 | Płynna regulacja FiO2 w zakresie 21-100%, zintegrowany mieszalnik gazów dostosowany do zasilana tlenem z sieci centralnej lub butli z reduktorem ( złącze standard AGA) | TAK |  |  |
| 26 | Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie minimum 5 – 50%. | TAK |  |  |
| 27 | Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej optymalizację synchronizacji wydechu z wysiłkiem oddechowym pacjenta | TAK |  |  |
| 28 | Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta | TAK |  |  |
| 29 | Respirator musi być wyposażony w czuły wyzwalacz rozpoznający wysiłek oddechowy pacjenta. | TAK |  |  |
| 30 | Minimalny wymagany zakres czułości triggera przepływowego to 0,3 do 10 l/min | TAK |  |  |
| 31 | Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta regulowany w zakresie minimum 0,5 – 9,0 cmH2O. | TAK |  |  |
| 32 | Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej dodatkowy sposób wykrywania wysiłku spontanicznego pacjenta, dostosowujący respirator lepiej do patologii płucnej i stanu pacjenta | TAK |  |  |
| 33 | Możliwość wyboru krzywej przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo- kontrolowanych. Minimum prostokątna i opadająca | TAK |  |  |
| 34 | Regulacja narastania ciśnienia przy oddechu PCV | TAK |  |  |
| 35 | Podstawowy kolorowy monitor do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji | TAK |  |  |
| 36 | Zamawiający wymaga, aby ekran umożliwiał obsługę poprzez dotyk. | TAK |  |  |
| 37 | Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu | TAK |  |  |
| 38 | Zamawiający wymaga graficznej prezentacji ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu z możliwością wyświetlenia 3 krzywych jednocześnie na ekranie | TAK |  |  |
| 39 | Pomiar ciśnienia szczytowego | TAK |  |  |
| 40 | Pomiar ciśnienia końcowo wydechowego | TAK |  |  |
| 41 | Pomiar całkowitej częstości oddychania | TAK |  |  |
| 42 | Pomiar wydechowej objętości pojedynczego oddechu | TAK |  |  |
| 43 | Pomiar stosunku I:E | TAK |  |  |
| 44 | Pomiar stężenia tlenu | TAK |  |  |
| 45 | Hierarchia alarmów w zależności od ważności | TAK |  |  |
| 46 | Alarm zaniku zasilania sieciowego | TAK |  |  |
| 47 | Alarm zaniku zasilania bateryjnego | TAK |  |  |
| 48 | Alarm zbyt niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym | TAK |  |  |
| 49 | Alarm wysokiej i niskiej wentylacji minutowej | TAK |  |  |
| 50 | Alarm wysokiego ciśnienia wdechowego | TAK |  |  |
| 51 | Alarm niskiego ciśnienia wdechowego/rozłączenia | TAK |  |  |
| 52 | Alarm wysokiej częstości oddechów | TAK |  |  |
| 53 | Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu | TAK |  |  |
| 54 | Możliwość przeglądania zapamiętanych zdarzeń (min 100 zdarzeń) | TAK |  |  |
| 55 | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | TAK |  |  |
| 56 | Złącze do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi umożliwiające przesyłanie danych z respiratora. | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Podstawa jezdna do oferowanego respiratora | TAK |  |  |
| 2 | 5 zestawów jednorazowych obwodów oddechowych z zaworem wydechowym dostosowanych do respiratora | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na urządzenie do krioterapii | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Defibrylator zewnętrzny 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Defibrylator AED półautomatyczny | TAK |  |  |
| 2 | Urządzenie wyposażone we wbudowany tryb pediatryczny – przycisk/przełącznik (bez konieczności zakupu dodatkowych akcesoriów i elektrod tzw. pediatrycznych) | TAK |  |  |
| 3 | Defibrylator wykonujący bezpieczną defibrylację przez osoby niemające uprawnień do prowadzenia medycznych działań ratunkowych, | TAK |  |  |
| 4 | Zakres energii przynajmniej: 50 – 360 J | TAK |  |  |
| 5 | Protokół wyładowań ze wzrastającą energią impulsu, | TAK |  |  |
| 6 | użytkownik w czasie korzystania z urządzenia jest prowadzony przez jednoznaczne polecenia głosowe lub/i wizualne w języku polskim, | TAK |  |  |
| 7 | Urządzenie wyposażone w metronom RKO | TAK |  |  |
| 8 | Defibrylator wyposażony we wskaźniki dźwiękowe lub/i wizualne informujące m. in. o:  - nieprawidłowym podłączeniu elektrod lub ich braku,  - wymaganej defibrylacji lub braku wskazań do jej przeprowadzenia,  - prowadzonej analizie rytmu pracy serca i ewentualnych zakłóceniach (np. o wykrytym ruchu pacjenta), | TAK |  |  |
| 9 | Defibrylator wyposażony we wskaźnik wizualny (wyświetlacz) informujący o sprawności lub jej braku urządzenia oraz stanie baterii | TAK |  |  |
| 10 | Wymagania dotyczące pracy, rejestrowania i przenoszenia danych:  - algorytm postępowania zgodny z aktualnymi, obowiązującymi wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji (ERC),  - Możliwość wykonywania uciśnięć klatki piersiowej podczas ładowania defibrylatora,  - możliwość aktualizacji oprogramowania bez konieczności wymiany całego urządzenia w przypadku zmiany wytycznych ERC,  - możliwość rejestrowania takich danych jak: dokładny czas włączenia urządzenia, zalecenie wykonania defibrylacji, informacje o wykonanej defibrylacji, zapisanie minimum 30 min. danych (karta pamięci),  - urządzenie posiada możliwość przeprowadzania testów obwodów elektrycznych inicjowanych przez użytkownika; | TAK |  |  |
| 11 | Możliwość przechowywania defibrylatora z podłączonymi elektrodami | TAK |  |  |
| 12 | Defibrylator wyposażony w jedną, oryginalną baterię producenta; nieładowalną o okresie żywotności po podłączeniu do urządzenia min. 3 lat, zapewniają min. 200 wyładowań z max. energią 360J; | TAK |  |  |
| 13 | Urządzenie wykonuje cykliczne auto testy w trybie dziennym z możliwością zaprogramowania godziny wykonania testu; | TAK |  |  |
| 14 | Karta pamięci urządzenia pozwala na zapis przynajmniej:  24 godzin: danych EKG i dźwięków otoczenia,  - możliwość zgrania zarejestrowanych danych do komputera PC,  - oprogramowanie na PC do rejestracji i przeglądu danych | TAK |  |  |
| 15 | Wymagania dotyczące warunków bezpieczeństwa użytkowania oraz środowiskowych pracy urządzenia:  - wymagania bezpieczeństwa - certyfikat zgodności PN-EN 60601,  - stopień ochrony - certyfikat zgodności PN-EN 60529 nie mniej niż klasa IP55; | TAK |  |  |
| 16 | Waga urządzenia AED ≤ 2,5 kg | TAK |  |  |
| 17 | Urządzenie nie może podlegać wymogowi przeglądu po każdorazowym użyciu i odsyłania go do serwisu zgodnie z Instrukcją producenta | TAK |  |  |
| 19 | Urządzenie wielokrotnego użycia, | TAK |  |  |
| 20 | Komunikaty dźwiękowe w języku polskim | TAK |  |  |
| 21 | Temperatura pracy urządzenia 0-55 st. C. | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Dodatkowo 3 komplety elektrod jednorazowych | TAK |  |  |
| 2 | Szafka do powieszenia na ścianie | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na defibrylator zewnętrzny | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/4 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 4**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Defibrylator 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |  |
| 1 | Tryb manualny, AED, monitorowanie | TAK |  |  |
| 2 | Wieloparametrowe monitorowanie pacjenta | TAK |  |  |
| 3 | Pomiar ciśnienia NIBP | TAK |  |  |
| 4 | Stymulacja serca NIP | TAK |  |  |
| 5 | Saturacja SpO2 zakres 1% do 100% | TAK |  |  |
| 6 | Kapnograf EtCO2 | TAK |  |  |
| 7 | Monitorowanie do 12 kanałów EKG jednocześnie | TAK |  |  |
| 8 | Pomiar temperatury w zakresie od 0 do 50°C | TAK |  |  |
| 9 | Tryb interpretacji | TAK |  |  |
| 10 | Możliwość wyboru poziomu energii i ładowania za pomocą przycisków umieszczonych na łyżkach defibrylatora | TAK |  |  |
| 11 | Łyżki dla dorosłych ze zintegrowanymi łyżkami dla dzieci | TAK |  |  |
| 12 | Możliwość stosowania elektrod samoprzylepnych aktywna powierzchnia 164 cm2 (+/- 5 cm2), długość kabla 2,0 – 2,2 m | TAK |  |  |
| 13 | Funkcje łyżek: wybór energii i ładowanie, drukowanie danych | TAK |  |  |
| 14 | Zasilanie Sieciowe Zakres: 100 V –240 V, 50 Hz / 60 Hz | TAK |  |  |
| 15 | Akumulator wielokrotnego ładowania Litowo-jonowy, 10.8 V/ 7200 mAh | TAK |  |  |
| 16 | Czas ładowania do 5 godzin | TAK |  |  |
| 17 | Czas czuwania do 10 godzin | TAK |  |  |
| 18 | Liczba wyładowań: co najmniej 200 wstrząsów przy 200J na jednym akumulatorze | TAK |  |  |
| 19 | Wymiary bez akcesoriów:  Wysokość x szerokość x głębokość 350 mm x 430 mm x 220 mm (+/- 20mm) | TAK |  |  |
| 20 | Temperatura działania 0-50 °C | TAK |  |  |
| **II** | **TRYBY DZIAŁANIA** | TAK |  |  |
| 1 | AED: automatyczna analiza EKG z instrukcjami głosowymi i wizualnymi, tryb manualny: asynchroniczny i synchroniczny, defibrylacja, monitorowanie EKG | TAK |  |  |
| 2 | Defibrylacja dwufazowa | TAK |  |  |
| 3 | Energia w trybie AUTO w zależności od impedancji pacjenta | TAK |  |  |
| 4 | Poziomy energii w trybie MANUAL 1J, 2J, 3J, 4J, 5J, 6J, 7J, 8J, 9J, 10J, 15J, 20J, 30J, 40J, 50J, 75J, 100J, 150J, 175J, 200J, 300J, 360J | TAK |  |  |
| 5 | Czas ładowania < 6s dla 200 J, 9s dla 360 J | TAK |  |  |
| 6 | Detekcja impulsów stymulatora serca w zakresie ±2 mV do ±700 mV | TAK |  |  |
| 7 | Kardiowersja manualna za pomocą łyżek lub elektrod samoprzylepnych. Aktywacja trybu asynchronicznego jednym przyciskiem na przednim panelu urządzenia | TAK |  |  |
| **III** | **MONITOR** | TAK |  |  |
| 1 | TFT-LCD kolorowy | TAK |  |  |
| 2 | Wymiary min. 170 x 128 mm (przekątna 8.4“/ 212 mm) | TAK |  |  |
| 3 | Rozdzielczość min. 800 x 600 pikseli | TAK |  |  |
| 4 | Możliwość wyświetlania 12 kanałów EKG jednocześnie | TAK |  |  |
| **IV** | **EKG** | TAK |  |  |
| 1 | 12 odprowadzeń | TAK |  |  |
| 2 | Częstotliwość akcji serca 0.20 do 300 bpm | TAK |  |  |
| 3 | Czas analizy 5-9 s | TAK |  |  |
| **V** | **Stymulator sera (NIP)** | TAK |  |  |
| 1 | Stymulacja w trybie synchronicznym i asynchronicznym | TAK |  |  |
| 2 | Częstotliwość stymulacji 30 ppm do 180 ppm | TAK |  |  |
| 3 | Wartość wyjściowa od 0 Ma do 140 Ma | TAK |  |  |
| **VI** | **NIBP** | TAK |  |  |
| 1 | Oscylometryczny pomiar ciśnienia | TAK |  |  |
| 2 | Zakres wyświetlania pomiaru ciśnienia:  dorośli/dzieci: 0 do 300 mmHg  noworodki: 0 do 150 mmHg | TAK |  |  |
| **VII** | **Respiracja** | TAK |  |  |
| 1 | Pomiar oddechu w zakresie od 0 do 120 oddechów na minutę | TAK |  |  |
| 2 | Wielkość krzywej do wyboru: x 0.5, x 1, x 1.5, x 2 | TAK |  |  |
| **VIII** | **Kapnografia EtCO2** | TAK |  |  |
| 1 | Zakres pomiaru: 0 mmHg – 150 mmHg | TAK |  |  |
| 2 | Prędkość skanowania 25,0 mm/s | TAK |  |  |
| **IX** | **Zarządzanie danymi, komunikacja** | TAK |  |  |
| 1 | Możliwość zapisu danych w pamięci wewnętrznej lub na karcie SD | TAK |  |  |
| 2 | Pamięć minimum 100 zapisów EKG (12 odprowadzeń) i 250 zdarzeń (ilość defibrylacji, poziom energii, data, godzina) | TAK |  |  |
| **X** | Zintegrowana drukarka | TAK |  |  |
| 1 | Druk termiczny | TAK |  |  |
| 2 | Liczba kanałów: min. 3 kanały | TAK |  |  |
| 3 | Rozmiar papieru 80 mm | TAK |  |  |
| 4 | Szybkość druku 25 lub 50 mm/s | TAK |  |  |
| **XI** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Zoptymalizowane kieszenie do przechowywania akcesoriów po obu stronach urządzenia | TAK |  |  |
| 2 | Wózek pod defibrylator -reanimacyjny: 4x szuflada, 2x szyna instrumentalna, 1x nadstawka z 11 poj., 1x pojemnik na odpady z tworzywa sztucznego z pokrywa wahadłową, 1x pojemnik na zużyte igły z uchwytem na szynę, 4x wyciągane podziałki do szuflad wykonane z tworzywa ABS, dzielące szufladę na 9 części z możliwością dowolnej konfiguracji, 1x zamek centralny, 2x uchwyt do butli z tlenem, uchwyt do przetaczania Szafka stalowa lakierowana proszkowo na kolor wg palety RAL, blat i podstawa z tworzywa ABS WYPOSAŻENIE- blat z pogłębieniem- 4 szuflady (wysokość frontu 3x156mm(+/-5mm) + 1x234mm(+/- 5 mm) - podstawa z odbojami, na kołach o średnicy 125 mm, w tym 2 z blokadą, - uchwyt do przetaczania wymiary szafki: 700x500x1000 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| **XII** | **Certyfikaty, normy** |  |  |  |
|  | Bezpieczeństwo defibrylatorów serca – IEC 60601-2-4:2002, EN60601-2-4:2003;  - stopień ochrony - nie mniej niż klasa IP55; | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na defibrylator z wyposażeniem | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni ż lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) -g) + certyfikaty i normy z Lp. XII (opis parametru -wymagane parametry) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/5 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 5**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Laser ze skanerem 1 zestaw**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE laser skanujący 2 szt.** | TAK |  |  |
| 1 | 3 niezależne kanały zabiegowe | TAK |  |  |
| 2 | Min. 7 kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym | TAK |  |  |
| 3 | Tryb pracy: programowy/ manualny | TAK |  |  |
| 4 | Baza wbudowanych programów zabiegowych | TAK |  |  |
| **5** | Statystyki prowadzonych zabiegów | TAK |  |  |
| 6 | Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | TAK |  |  |
| 7 | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub po dziedzinie | TAK |  |  |
| 8 | Podręczna lista programów | TAK |  |  |
| 9 | Regulacja głośności sygnalizatora dźwiękowego | TAK |  |  |
| 10 | Autotest – bieżąca kontrola sprawności aparatu | TAK |  |  |
| 11 | Zegar czasu rzeczywistego | TAK |  |  |
|  | **LASEROTERAPIA** | TAK |  |  |
| 12 | Emisja promieniowania w trybie impulsowym i ciągłym | TAK |  |  |
| 13 | Regulacja mocy promieniowania laserowego | TAK |  |  |
| 14 | Automatyczny test mocy promieniowania laserowego | TAK |  |  |
| 15 | Końcówki światłowodowe do laseropunktury i zastosowań specjalnych | TAK |  |  |
| 16 | Regulacja częstotliwości i wypełnienia w trybie impulsowym dla sond punktowych i aplikatora prysznicowego | TAK |  |  |
| 17 | Regulacja częstotliwości w aplikatorach skanujących | TAK |  |  |
| 18 | Trzy tryby naświetlania pola zabiegowego w aplikatorach skanujących | TAK |  |  |
| 19 | Automatycznie przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych – dawki, mocy, wypełnienie, pola zabiegowego | TAK |  |  |
| 20 | PROGRAMY ZABIEGOWE | TAK |  |  |
| 21 | Min. 130 wbudowanych programów zabiegowych | TAK |  |  |
| 22 | 200 programów użytkownika | TAK |  |  |
| 23 | 30 programów akupunkturowych Volla | TAK |  |  |
| 24 | 8 programów akupunkturowych Nogiera | TAK |  |  |
| 25 | **PARAMETRY TECHNICZNE** | TAK |  |  |
| 26 | Klasa urządzenia laserowego 3B | TAK |  |  |
| 27 | Wypełnienie przebiegu dla pracy impulsowej skanera: 75 % | TAK |  |  |
| 28 | Akumulator Li‐lon | TAK |  |  |
| 29 | Pojemność akumulatora 2250 mAh | TAK |  |  |
| 30 | Zasilanie, pobór mocy 230 V, 50/60 Hz, max 75W, 90VA | TAK |  |  |
| 31 | Wymiary 34 cm x 28 cm x 11‐16 cm (+/- 2 cm) | TAK |  |  |
| 32 | Masa 5-6 kg | TAK |  |  |
| 33 | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 34 | Przewód sieciowy | TAK |  |  |
| 35 | Okulary ochronne (2 szt.) | TAK |  |  |
| 36 | Łącznik zdalnej blokady DOOR | TAK |  |  |
| 37 | Etykiety ostrzegawcze (1 kpl.) | TAK |  |  |
| 38 | Aplikator skanujący R+IR 100 mW + 450 mW ze statywem | TAK |  |  |
| 39 | Sonda punktowa IR 808 nm/400 mW z uchwytem | TAK |  |  |
| 40 | Rysik pojemnościowy do ekranu LCD (1 szt.) | TAK |  |  |
| **II** | **WYMAGANIA OGÓLNE fala uderzeniowa 1 szt.** | TAK |  |  |
| 1 | Wymiary aparatu szerokość x wysokość x głębokość (320 x 200 x 300 mm) (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 2 | Tryb pracy ciągły | TAK |  |  |
| 3 | Wymiary aplikatora 40 x 280 x 140 mm (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 4 | Waga aparatu do 7,0 kg | TAK |  |  |
| 5 | Waga aplikatora wraz z kablem do 1,0 kg | TAK |  |  |
| 6 | Kolorowy ekran dotykowy o rozdz. min 640 x 480 pikseli | TAK |  |  |
| 7 | Przekątna ekranu min. 14,5 cm | TAK |  |  |
| 8 | Klasa ochrony IP 20 | TAK |  |  |
| 9 | Klasa według MDD 93/42/EEC IIb | TAK |  |  |
| 10 | Zasilanie maksymalna moc wejścia 120 W | TAK |  |  |
| 11 | Napięcie zasilania 24 V DC | TAK |  |  |
| 12 | Natężenie uderzeń 1,5-5 Bar | TAK |  |  |
| 13 | Częstotliwość uderzeń 1-20 Hz | TAK |  |  |
| 14 | Okres terapii 0-9999 uderzeń | TAK |  |  |
| 15 | Minimalna zmienność regulowanych wartości natężenie 0,1 Bar | TAK |  |  |
| 16 | Minimalna zmienność regulowanych wartości częstotliwość 1 Hz | TAK |  |  |
| 17 | Całkowita liczba impulsów w terapii dynamicznie od 1 do 50 uderzeń | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na laser ze skanerem | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………….  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych. | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) -g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/6 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 6**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Magnetronik 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Aparat 2 – kanałowy do niezależnej terapii dwóch pacjentów | TAK |  |  |
| 2 | Kształt impulsów magnetycznych: prostokątne, prostokątne wysunięte, eksponencjalne, trójkątne, sinusoidalne | TAK |  |  |
| 3 | Możliwość modulacji impulsów: brak, impuls, skoksinusoidalny/trapezoidalny/symetryczny | TAK |  |  |
| 4 | Automatyczne rozpoznawanie aplikatora przez aparat | TAK |  |  |
| 5 | Maks. natężenie pola magnetycznego maks. 128 mT / 1280 Gauss\* (maks. Wartość na powierzchni aplikatora) | TAK |  |  |
| 6 | Częstotliwość impulsowa 0 - 166 Hz (+/-5 %) | TAK |  |  |
| 7 | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | TAK |  |  |
| 8 | Wbudowana encyklopedia terapii w języku polskim wraz z rysunkami anatomicznymi | TAK |  |  |
| 9 | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych | TAK |  |  |
| 10 | Kolorowy ekran dotykowy 4,3” | TAK |  |  |
| 11 | Waga do 3 kg | TAK |  |  |
| 12 | Menu w języku polskim | TAK |  |  |
| 13 | Sygnały dźwiękowe | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Stół do magnetoterapii z przesuwanym solenoidem Ø70cm | TAK |  |  |
| 2 | Mały solenoid Ø30cm | TAK |  |  |
| 3 | Aplikator płaski liniowy | TAK |  |  |
| 4 | Multidysk (dysk poczwórny) | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na magnetronik | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych. | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Stół do masażu całkowitego elektryczny 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Blat czteroczęściowy | TAK |  |  |
| 2 | Otwór z zatyczką w podgłówku | TAK |  |  |
| 3 | Podgłówek regulowany sprężyną gazową | TAK |  |  |
| 4 | Podnóżek regulowany sprężyną gazową | TAK |  |  |
| 5 | Część piersiowa regulowana sprężyną gazową | TAK |  |  |
| 6 | Część lędźwiowa regulowana sprężyną gazową | TAK |  |  |
| 7 | Podłokietniki (kpl.) | TAK |  |  |
| 8 | Uchwyty na pasy do stabilizacji po obu stronach leża | TAK |  |  |
| 9 | Tapicerka skóropodobna standard wybór min. 6 kolorów | TAK |  |  |
| 10 | Biały kolor stelaża | TAK |  |  |
| 11 | 4 regulowane stopki | TAK |  |  |
| 12 | Pilot ręczny do regulacji wysokości | TAK |  |  |
| 13 | Rama sterująca usytuowana w podstawie stołu do regulacji wysokości | TAK |  |  |
| 14 | Banany rehabilitacyjne (3 szt.) | TAK |  |  |
| 15 | Wieszak na podkład celulozowy 60 cm | TAK |  |  |
| 16 | System jezdny z centralną blokadą kół | TAK |  |  |
| 17 | Długość: 200 cm(+/-5 cm) | TAK |  |  |
| 18 | Szerokość maksymalnie do 70 cm (+/- 2cm) (szerokość odnosi się do najszerszego odcinka stołu). | TAK |  |  |
| 19 | Wysokość regulowana: od 55 do 80 cm | TAK |  |  |
| 20 | Dopuszczalne obciążenie: 150 kg | TAK |  |  |
| 21 | Waga: 83 - 87 kg | TAK |  |  |
| 22 | Regulacja kąta blatów (odcinków piersiowego i lędźwiowego): od -65 ° do +20 ° | TAK |  |  |
| 23 | Regulacja kąta nachylenia zagłówka względem odcinka piersiowego: od -50 ° do +25 ° | TAK |  |  |
| 24 | Regulacja kąta nachylenia podnóżka względem odcinka lędźwiowego: od -50 ° do +75 ° | TAK |  |  |
| 25 | Regulacja kąta podnóżka (na boki): od -20 ° do +20 ° | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu całkowitego elektryczny | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Fotel do masażu 2 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Fotel wyposażony w min. 19 programów automatycznych, 11 technik masażu | TAK |  |  |
| 2 | Pozycja ”Zero Gravity” | TAK |  |  |
| 3 | Masaż przedramion | TAK |  |  |
| 4 | Regulowany podnóżek, regulowane masażery obręczy barkowej | TAK |  |  |
| 5 | Sterowanie za pomocą dołączonego panelu dotykowego Oprogramowanie intuicyjne w języku polskim | TAK |  |  |
| 6 | Fotel wyposażony w kółka ułatwiające przestawianie | TAK |  |  |
| 7 | Kolor beżowy lub czarny (do wyboru przez Zamawiającego) | TAK |  |  |
| 8 | Fotel wyposażony w:  28 poduszek powietrznych,  6 sztuk poduszek powietrznych  4 strefy grzania,  1 silnik wibracyjny,  2 wałki stóp,  1 głowica masująca z funkcją masażu 3D oraz skanerem sylwetki użytkownika | TAK |  |  |
| 9 | Fotel wyposażony w możliwość ustawień własnych aspektów masażu - technika, szybkość, głębokość, szerokość. | TAK |  |  |
| 10 | Dostępne Techniki masażu min.:  Ugniatanie 1  Ugniatanie 2  Wałkowanie  Masaż szwedzki typu 1  Masaż szwedzki typu 2  Masaż ostukujący 1  Masaż ostukujący 2  Masaż Shiatsu 1  Masaż Shiatsu 2  Masaż oklepujący 1  Masaż oklepujący 2 | TAK |  |  |
| 11 | Elektryczna regulacja kąta nachylenia oparcia | TAK |  |  |
| 12 | Elektryczna regulacja kąta nachylenia podnóżka | TAK |  |  |
| 13 | Regulacja długości podnóżka - w zależności od wzrostu osoby korzystającej z fotela | TAK |  |  |
| 14 | Regulacja wysokości i szerokości masażera barków | TAK |  |  |
| 15 | Regulacja czasu trwania sesji masażu - 5/10/15/20/25 i 30 minut | TAK |  |  |
| 16 | Przycisk szybkiego uruchomienia masażu | TAK |  |  |
| 17 | Wbudowany głośnik - z funkcją Bluetooth | TAK |  |  |
| 18 | Panel wyposażono w wygaszacz ekranu oraz regulowaną jasność wyświetlacza | TAK |  |  |
| **II** | **Parametry techniczne** | TAK |  |  |
| 1 | Pokrycie: Specjalistyczne poszycie syntetyczne, tworzywo, tkanina | TAK |  |  |
| 2 | Wymiary w pozycji siedzącej: szer.75cm x wys.119cm x gł.114cm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 3 | Wymiary w pozycji rozłożonej: szer.75cm x wys.81cm x gł.179cm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 4 | Waga do 115kg | TAK |  |  |
| 5 | Maksymalny pobór mocy: 160W | TAK |  |  |
| 6 | Napięcie: 230V | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na fotele do masażu | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Urządzenie do masażu stóp 3 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: …………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Aparat do hydromasażu stóp | TAK |  |  |
| 2 | Urządzenie posiada 6 zintegrowanych magnesów oraz 8 wbudowanych lamp na podczerwień, które wytwarzają lecznicze pole magnetyczne i wzmacniają efekt masażu. | TAK |  |  |
| 3 | Masaż wibracyjny | TAK |  |  |
| 4 | Masaż bąbelkowy | TAK |  |  |
| 5 | Utrzymywanie temperatury wody | TAK |  |  |
| 6 | Możliwość zamiany temperatury wody - 5 poziomów (35, 38, 42, 45, 48 °C) | TAK |  |  |
| 7 | 6 rolek masujących | TAK |  |  |
| 8 | Czasomierz pozwala na ustawienie pożądanego czasu masażu w zakresie od 20 do 60 minut | TAK |  |  |
| 9 | Maksymalny pobór mocy: ok. 390W | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na urządzenia do masażu stóp | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Rotor kończyn górnych i dolnych 3 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Rotor zespolony do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych wykorzystywany w rehabilitacji i zaprojektowany by zapewnić kontrolowany ruch kończyn górnych oraz dolnych poprzez ruch obrotowy. | TAK |  |  |
| 2 | Rotor wykorzystywany przy leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, reumatologicznym oraz ortopedycznym | TAK |  |  |
| 3 | Rotor wykonany jest ze stali malowanej proszkowo, | TAK |  |  |
| 4 | Mechanizmu rotacyjny z oporem | TAK |  |  |
| 5 | Długość: 71 - 100 cm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 6 | Szerokość: 50-52 cm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 7 | Wysokość regulowana w zakresie minimum 75 - 120 cm | TAK |  |  |
| 8 | Waga: 16-18 kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na rotory kończyn górnych i dolnych | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | TAK |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 12 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 13 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych. | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Stolik do terapii zajęciowej 2 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Tablica do ćwiczeń manualnych dłoni z oporem wyposażona w przyrządy do ćwiczeń dłoni oraz nadgarstka. Przeznaczona jest dla dzieci i dla dorosłych. | TAK |  |  |
| 2 | Tablica umocowana jest na obrotowym blacie o wymiarach długość 72 cm x szerokość 52 cm | TAK |  |  |
| 3 | Wysokość tablicy regulowana jest od 55cm do 88 cm | TAK |  |  |
| 4 | Do przyrządów umocowane obciążniki o wadze 20 - 24 dkg | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Wałek drewniany | TAK |  |  |
| 2 | Klapka dłoni do ćwiczeń oporowych | TAK |  |  |
| 3 | Uchwyt | TAK |  |  |
| 4 | Spirala pionowa | TAK |  |  |
| 5 | Koło drewniane | TAK |  |  |
| 6 | Korytko drewniane do stabilizacji przedramienia przy ćwiczeniach z kołem | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stoliki do terapii zajęciowej | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę sprzętu na nowy | 3 naprawy |  |
| 8 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 9 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 10 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 11 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/7 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 7**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Lampa do światłolecznictwa 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: …………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Średnica filtra 15 cm | TAK |  |  |
| 2 | Zasilanie 100-240 V~, 50/60 Hz | TAK |  |  |
| 3 | Zużycie energii 1,4 - 1,0 A | TAK |  |  |
| 4 | Moc żarówki halogenowej 90 W | TAK |  |  |
| 5 | Klasa ochrony Klasa I, IP 20 | TAK |  |  |
| 6 | Bezpiecznik T2A / 250 V | TAK |  |  |
| 7 | Waga bez statywu ok. 4,3 kg | TAK |  |  |
| 8 | Zakres temperatur użytkowania +10°C do +40°C | TAK |  |  |
| 9 | Długość fali 480 - 3400 nm | TAK |  |  |
| 10 | Stopień polaryzacji >95% (590 - 1550 nm) | TAK |  |  |
| 11 | Gęstość mocy śr. 40 mW/cm2 | TAK |  |  |
| 12 | Energia światła na minutę śr. 2.4 J/cm2 | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Statyw podłogowy | TAK |  |  |
| 2 | Przewód sieciowy - odłączany | TAK |  |  |
| 3 | Oxy sterile spray | TAK |  |  |
| 4 | Pokrowiec ochronny | TAK |  |  |
| 5 | Instrukcja użytkowania lampy | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na lampę do światłolecznictwa | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Ciśnieniomierz stacjonarny 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Ciśnieniomierz automatyczny do pomiaru ciśnienia krwi | TAK |  |  |
| 2 | Profesjonalny, stacjonarny aparat do pomiaru ciśnienia | TAK |  |  |
| 3 | 7 calowy kolorowy wyświetlacz LCD | TAK |  |  |
| 4 | Bezpieczna konstrukcja o lekko zarzywionej linii | TAK |  |  |
| 5 | Prosta obsługa jednym przyciskiem | TAK |  |  |
| 6 | Instrukcje przez wiadomości głosowe | TAK |  |  |
| 7 | Drukarka z automatycznym cięciem papieru | TAK |  |  |
| 8 | Wbudowany awaryjny wyłącznik bezpieczeństwa | TAK |  |  |
| **II** | **PARAMETRY TECHNICZNE** | TAK |  |  |
| 10 | Metoda pomiaru: Oscylometryczna | TAK |  |  |
| 11 | Zakres pomiaru: Ciśnienie: 30 ~ 300 mmHg | TAK |  |  |
| 12 | Tętno: 30 ~ 200 uderzeń na minutę | TAK |  |  |
| 13 | Dokładność: Ciśnienie: +/- 2 mmHg | TAK |  |  |
| 14 | Tętno: +/- 5% odczytu | TAK |  |  |
| 15 | Pompowanie: Automatyczne | TAK |  |  |
| 16 | Szybkie opróżnianie mankietu: Automatyczne | TAK |  |  |
| 17 | Zasilanie: 230 V | TAK |  |  |
| 18 | Wymiary: 460 x 320 x 270 mm (+/- 30 mm) | TAK |  |  |
| 19 | Waga: 10-12 kg | TAK |  |  |
| **III** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Krzesło | TAK |  |  |
| 2 | Stolik przystosowany do montażu aparatu | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na ciśnieniomierz stacjonarny | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych. | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Łóżko EKG 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Leżanka drewniana dwusegmentowa. Blat obity materiałem skóropodobnym | TAK |  |  |
| 2 | Długość 200 cm (+/- 5 cm) | TAK |  |  |
| 3 | Szerokość 65-70 cm | TAK |  |  |
| 4 | Wysokość 70-76 cm | TAK |  |  |
| 5 | Regulacja podgłówka w zakresie 0-35° | TAK |  |  |
| 6 | Dopuszczalne obciążenie 240 kg | TAK |  |  |
| 7 | Waga leżanki do 35 kg | TAK |  |  |
| 8 | Tapicerka bezszwowa | TAK |  |  |
| 9 | Możliwość wyboru tapicerki w min. 4 kolorach | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Uchwyt na podkład w rolce montowany od strony nóg | TAK |  |  |
| 2 | Stopień/podest ułatwiający wejście na kozetkę. | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na łóżko EKG | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę sprzętu na nowy | 3 naprawy |  |
| 8 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 9 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 10 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 11 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Balkonik 5 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Podpórka aluminiowa na czterech kółkach | TAK |  |  |
| 2 | Składana łatwa w transporcie i przechowywaniu | TAK |  |  |
| 3 | Dwie barierki łączące dwie strony na wysokości umożliwiającej stawianie nad toaletą | TAK |  |  |
| 4 | Dodatkowe wygięcie/uchwyt ułatwia wstawanie z pozycji siedzącej | TAK |  |  |
| 5 | Regulowana na wysokość w zakresie min. 790-970 mm | TAK |  |  |
| 6 | Szerokość 580-600 mm | TAK |  |  |
| 7 | Głębokość 540-550 mm | TAK |  |  |
| 8 | Maksymalna dopuszczalna waga użytkownika 130 kg | TAK |  |  |
| 9 | Waga do 2,8 kg | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na balkonik | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę sprzętu na nowy | 3 naprawy |  |
| 8 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 9 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 10 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 11 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Inhalator 3 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Profesjonalny inhalator tłokowy | TAK |  |  |
| 2 | Możliwość pracy ciągłej (kolejno wielu pacjentów). | TAK |  |  |
| 3 | Inhalator wyposażony w wskaźnik i regulator ciśnienia | TAK |  |  |
| 4 | Maksymalne ciśnienie 2,50 bar | TAK |  |  |
| 5 | Maksymalny przepływ 16 l/min | TAK |  |  |
| 6 | Nebulizacja- 0,50 ml / min | TAK |  |  |
| 7 | Wielkość cząstek- 3,25 μ m | TAK |  |  |
| 8 | Przepływ pracy - 5,2 I / min | TAK |  |  |
| 9 | Poziom głośności do 57 dBa | TAK |  |  |
| 10 | Zasilanie- 230V/50 Hz | TAK |  |  |
| 11 | Wymiary- szer. X gł. X wysokość 25 x 19 x 16cm (+/- 2 cm) | TAK |  |  |
| 12 | Waga do 2,20 kg | TAK |  |  |
| 13 | Możliwość ustawienia na wózku | TAK |  |  |
| **II** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Wózek przystosowany do oferowanego inhalatora -podstawa wyposażona w 5 kółek | TAK |  |  |
| 2 | Nebulizator, maska dla dorosłych, maska dla dzieci, ustnik, przewód łączący. | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na inhalatory | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Waga lekarska specjalistyczna dla osób z niepełnosprawnościami 1 zestaw**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA waga ze wzrostomierzem** | TAK |  |  |
| 1 | Elektroniczna waga osobowa z bezprzewodową transmisją danych zalegalizowana do celów medycznych wg klasy III. | TAK |  |  |
| 2 | Wbudowany aluminiowy wzrostomierz z zakresem 7-230 cm  i odczytem wyniku z przodu i boku wzrostomierza | TAK |  |  |
| 3 | Łatwe i proste przemieszczanie wagi dzięki wbudowanym kółkom transportowym | TAK |  |  |
| 4 | Bezprzewodowa radiowa funkcja przekazywania wyników wagi i wzrostu | TAK |  |  |
| 5 | 4 regulowane podgumowane punkty podparcia | TAK |  |  |
| 6 | Wymiary, waga (szer. x wys. x głęb.) 360 x 1340 x 520 mm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 7 | Wymiary, platforma (szer. x wys. x głęb.)335 x 80 x 345 mm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 8 | Masa własna 16 - 19 kg | TAK |  |  |
| 9 | Funkcje  TARA, Pre-TARA, matka/dziecko,  HOLD, BMI, automatyczne  wyłączanie, regulowana funkcja  amortyzacji, SEND/PRINT | TAK |  |  |
| **II** | **WYMAGANIA waga krzesełkowa** | TAK |  |  |
| 1 | Elektroniczna waga krzesełkowa z bezprzewodową transmisją danych do ważenia w pozycji siedzącej zalegalizowana do celów medycznych wg klasy III | TAK |  |  |
| 2 | Wygodny transport pacjenta dzięki 4 podgumowanym, łożyskowanym łatwo obracającym się kółkom. 2 kółka z hamulcami | TAK |  |  |
| 3 | Siedzisko wykonane z ABS – wytrzymałego plastiku, który można dezynfekować | TAK |  |  |
| 4 | Bezprzewodowa radiowa funkcja przekazywania wyników wagi | TAK |  |  |
| 5 | Pewna pozycja siedząca dzięki hamulcom tylnych kółek oraz  odchylanym podłokietnikom i wysuwanym metalowym podnóżkom | TAK |  |  |
| **6** | Wymiary wagi (szer. x wys. x głęb.) 563 x 897 x 978 mm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 7 | Wysokość odczytu 840 mm | TAK |  |  |
| 8 | Rozmiar siedziska sz x gł x wys 430 x 370 x 430 mm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 9 | Średnica kółek 100 mm (+/- 5%) | TAK |  |  |
| 10 | Masa własna do 25 kg | TAK |  |  |
| 11 | Funkcje TARA, HOLD, BMI, automatyczne wyłączanie | TAK |  |  |
| **III** | **WYMAGANIA OGÓLNE dla wag** | TAK |  |  |
| 1 | Dopuszczalne obciążenie 300 kg | TAK |  |  |
| 2 | Działka elementarna 50 g (zakres do 150kg), 100 g (zakres 150 do 300kg) | TAK |  |  |
| 3 | Zakres TARA 300 kg | TAK |  |  |
| 4 | Ocena stanu odżywienia dzięki funkcji BMI. | TAK |  |  |
| 5 | Małe zużycie prądu – 10.000 cykli ważenia na jednym zestawie baterii | TAK |  |  |
| **IV** | **WYPOSAŻENIE** | TAK |  |  |
| 1 | Zasilacz do oferowanej wagi 2 szt. | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na wagę lekarską specjalistyczną dla osób z niepełnosprawnościami (zestaw) | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

**Lampa bakteriobójcza przepływowa 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………….

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………

Kraj pochodzenia: ……………………………………………

Rok produkcji: ………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Lampa przejezdna na statywie | TAK |  |  |
| 2 | Typ obudowy: wykonana z blachy kwasoodpornej | TAK |  |  |
| 3 | Podczas działania lampy personel oraz pacjenci mogą przebywać w pomieszczeniu | TAK |  |  |
| 4 | Przepływ powietrza odbywa się przez komorę UV-C | TAK |  |  |
| **II** | **DANE TECHNICZNE:** | TAK |  |  |
| 5 | Napięcie zasilania: 230 V 50 Hz | TAK |  |  |
| 6 | Energooszczędność - pobór mocy: 115 VA | TAK |  |  |
| 7 | Element emitujący promieniowanie UV-C: 2x55W | TAK |  |  |
| 8 | Trwałość promiennika: 8000 h | TAK |  |  |
| 9 | Wydajność wentylatora: 199 m3/h | TAK |  |  |
| 10 | Dezynfekowana kubatura: 45-90 m3/h | TAK |  |  |
| 11 | Zasięg działania lampy: 18-36 m2 | TAK |  |  |
| 12 | Klasa zabezpieczenia ppor.: I | TAK |  |  |
| 13 | Typ obudowy: IP 20 | TAK |  |  |
| 14 | Wymiary kopuły: 1125 x 215 x 130 mm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 15 | Wymiary: 600 x 1270 x 600 mm (+/- 5 %) | TAK |  |  |
| 16 | Masa do 14 kg | TAK |  |  |
| 17 | Licznik z elektronicznym wyświetlaczem czteropolowym, który sumuje pracę promienników i sygnalizuje za pomocą dźwięku konieczność ich wymiany. | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na lampę bakteriobójczą przepływową | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych. | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/8 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 8**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Stół do masażu z platformą wodną - 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | 6 niezależnych stref masujących | TAK |  |  |
| 2 | Wszystkie dysze mogą pracować jednocześnie | TAK |  |  |
| 3 | 6 fabrycznych programów masażu | TAK |  |  |
| 4 | Możliwość ustawienia i zapisania programów użytkownika | TAK |  |  |
| 5 | Bezpieczny dla użytkownika masaż wykonywany na elastycznej membranie | TAK |  |  |
| 6 | Komfortowy dla pacjenta przebieg masażu z zachowaniem intymności | TAK |  |  |
| 7 | Higieniczne warunki wykonania masażu | TAK |  |  |
| 8 | Nie wymaga podłączenia do instalacji wodno-kanalizacyjnej | TAK |  |  |
| 9 | Wielokrotne wykorzystanie czynnika masującego | TAK |  |  |
| 10 | Grzałka wody utrzymująca stałą temperaturę | TAK |  |  |
| 11 | Dotykowy panel sterujący | TAK |  |  |
| 12 | Podświetlenie LED u podstawy | TAK |  |  |
| 13 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 14 | Pojemność łóżka maksimum 220 litrów | TAK |  |  |
| 15 | Masa: max. 190 kg (bez wody) | TAK |  |  |
| 16 | Długość 237 cm (+/- 10 %) | TAK |  |  |
| 17 | Szerokość 114 cm (+/- 10 %) | TAK |  |  |
| 18 | Wysokość 70 cm (+/- 10 %) | TAK |  |  |
| 19 | Regulacja temperatury od 30° do 40°C | TAK |  |  |
| 20 | Ustawianie czasu zabiegu (1-30 min.) | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na stół do masażu z platformą wodną | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne …………………………………………………………………..  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. ….........................................................  Numer telefonu …………………………………………………………..  Numer fax ……………………………………………………………….  Adres e-mail …………………………………………………………….. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………….  
 (pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/9 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 9**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Urządzenie do krioterapii - 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametru - Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | TAK |  |  |
| 1 | Zasilanie 230 V (+/-10%) 50Hz | TAK |  |  |
| 2 | Maksymalny pobór mocy 140 VA | TAK |  |  |
| 3 | BEZPIECZEŃSTWO  Klasa I  Stopień B | TAK |  |  |
| 4 | CZYNNIK ROBOCZY | TAK |  |  |
| 5 | Czynnik chłodniczy Ciekły azot (LN) | TAK |  |  |
| 6 | Ilość czynnika roboczego dla zbiornika TR60 60 litrów 48,6 kg (+/- 1 kg) | TAK |  |  |
| 7 | **TEMPERATURY** | TAK |  |  |
| 8 | Temperatura azotu -196˚C | TAK |  |  |
| 9 | Temperatura gazu wylotowego -150˚C ÷ -100˚C | TAK |  |  |
| 10 | Zużycie LN szacowane przy pracy ciągłej aparatu | TAK |  |  |
| 11 | Dla poziomu nadmuchu MINIMUM ~ 0,032 kg / minutę | TAK |  |  |
| 12 | Dla poziomu nadmuchu MAKSIMUM ~ 0,13 kg / minutę | TAK |  |  |
| 13 | **WYMIARY** | TAK |  |  |
| 14 | Wymiary aparatu 1090 x 513 x 765 mm wysokość x szerokość x głębokość (+/- 20 mm) | TAK |  |  |
| 15 | Ciężar (bez dewara i głowicy) 27 - 29 kg | TAK |  |  |
| 16 | **INNE** | TAK |  |  |
| 17 | Sterowanie za pomocą dotykowego panela | TAK |  |  |
| 18 | Przyciski na panelu umieszczone są po obu stronach wyświetlacza LCD | TAK |  |  |
| 19 | Wizualizacja parametrów zabiegowych (czas, temperatura) na wyświetlaczu LCD aparatu | TAK |  |  |
| 20 | Pomiar temperatury skóry pacjenta podczas zabiegu | TAK |  |  |
| 21 | Stały pomiar ciężaru zbiornika z azotem | TAK |  |  |
| 22 | Skokowa regulacja siły nadmuchu par azotu | TAK |  |  |
| 23 | Przystosowany do pracy z dewarem 60 – litrowym | TAK |  |  |
| 24 | Podstawa jezdna umożliwiająca przemieszczanie aparatu | TAK |  |  |
| 25 | Wersja pneumatyczna, zapewniająca duże oszczędności środka kriogenicznego | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na urządzenie do krioterapii | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………………………  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. …..................................................................  Numer telefonu ………………………………………………………………….  Numer fax …………………………………………………………………………..  Adres e-mail ………………………………………………………………………. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/10 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 10**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Aparat ultrasonograficzny z głowicami - 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ……………………………………………………….

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru – parametry wymagane** | **Wymogi graniczne**  **TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
|  | **Konstrukcja** | TAK |  |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy - wymagany rok produkcji: 2017 | TAK |  |  |
|  | Kliniczny, cyfrowy, aparat ultrasonograficzny klasy Premium z kolorowym Dopplerem. | TAK |  |  |
|  | Przetwornik cyfrowy min. 12-bitowy | TAK |  |  |
|  | Cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej. | TAK |  |  |
|  | Ilość niezależnych aktywnych kanałów cyfrowych min. 5 000 000 | TAK |  |  |
|  | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych min. 4 | TAK |  |  |
|  | Dynamika systemu min. 300 dB | TAK |  |  |
|  | Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu z możliwością regulacja w 3 płaszczyznach - przekątna ekranu min. 21 cali | TAK |  |  |
|  | Konsola aparatu ruchoma w dwóch płaszczyznach:  góra-dół, lewo-prawo | TAK |  |  |
|  | Uchwyty na głowice umiejscowione po obu stronach konsoli aparatu | TAK |  |  |
|  | Dotykowy, programowalny panel sterujący LCD wbudowany w konsolę przekątna min. 10 cali | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy 1 MHz do 20 MHz. | TAK |  |  |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) min. 19 000 obrazów | TAK |  |  |
|  | Możliwość uzyskania sekwencji Cineloop w trybie 4B tj. 4 niezależnych sekwencji Cineloop jednocześnie na jednym obrazie | TAK |  |  |
|  | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode min. 200 s | TAK |  |  |
|  | Regulacja głębokości pola obrazowania min. 0,75 - 40 cm | TAK |  |  |
|  | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika min. 70 | TAK |  |  |
|  | Podstawa jezdna z czterema obrotowymi kołami z możliwością blokowania każdego z kół oraz blokadą kierunku jazdy | TAK |  |  |
|  | **Obrazowanie i prezentacja obrazu** | TAK |  |  |
|  | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.   * B, B + B, 4 B * M * B + M * D * B + D * B + C (Color Doppler) * B + PD (Power Doppler) * 4 B (Color Doppler) * 4 B (Power Doppler) * B + Color + M | TAK |  |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) dla trybu B min. 1200 obrazów/s | TAK |  |  |
|  | Odświeżanie obrazu (Frame Rate) B + kolor (CD) min. 350 obrazów/s | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 20 pasm częstotliwości | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) min.: +/- 4,0 m/s | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Kolorowego min.0,5 do 20 kHz | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Dopplera Pulsacyjnego PWD oraz HPRF PWD (o wysokiej częstotliwości powtarzania) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD) (przy zerowym kącie bramki) min.: +/- 6,0 m/s | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Pulsacyjnego min.0,1 do 30 kHz | TAK |  |  |
|  | Regulacja bramki dopplerowskiej w zakresie min. 0,5 mm do 20 mm | TAK |  |  |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej w zakresie min. +/- 30 stopni | TAK |  |  |
|  | Możliwość korekcji kąta bramki dopplerowskiej w zakresie min. +/- 80 stopni | TAK |  |  |
|  | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej za pomocą jednego przycisku w zakresie min. +/- 80 stopni | TAK |  |  |
|  | Możliwość jednoczesnego (w czasie rzeczywistym) uzyskania spectrum przepływu z dwóch niezależnych bramek dopplerowskich | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralnego Dopplera Ciągłego (UCW) dostępnego na głowicach Sektorowych, Liniowych i Convex o zakresie prędkości Min.: +/- 15 m/s (przy zerowym kącie bramki) | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Dopplera Tkankowego | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym i z pamięci Cineloop min. 3 kursory (linie proste) | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie typu „Compound” w układzie wiązek ultradźwięków wysyłanych pod wieloma kątami i z różnymi częstotliwościami (tzw. skrzyżowane ultradźwięki) | TAK |  |  |
|  | Liczba wiązek tworzących obraz w obrazowaniu typu „Compound” min. 5 | TAK |  |  |
|  | System obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe – dostępny na wszystkich głowicach | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) | TAK |  |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych | TAK |  |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu B, spektrum dopplerowskiego i współczynnika prędkości ultradźwięków za pomocą jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze  min. 30 map | TAK |  |  |
|  | Możliwość regulacji wzmocnienia GAIN w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK |  |  |
|  | **Tkankowe obrazowanie elastograficzne w czasie rzeczywistym umożliwiające zobrazowanie różnic sztywności tkanki** | TAK |  |  |
|  | Prezentacja elastyczności tkanki w skali kodowanej kolorem. Praca w trybie B /B+ET (elastografia tkankowa) | TAK |  |  |
|  | Pomiar stosunku elastyczności tkanki analizowanej do tkanki referencyjnej | TAK |  |  |
|  | Dostępna pamięć dynamiczna typu Cineloop w obrazowaniu elastograficznym | TAK |  |  |
|  | Możliwość wykonania biopsji (wyświetlenie znacznika prowadnicy) w trybie obrazowania elastograficznego | TAK |  |  |
|  | **Archiwizacja obrazów** | TAK |  |  |
|  | Wewnętrzny system archiwizacji danych (dane pacjenta, obrazy, sekwencje)z dyskiem twardym min. 1TB | TAK |  |  |
|  | Zainstalowany moduł DICOM 3.0 umożliwiający zapis i przesyłanie obrazów w standardzie DICOM | TAK |  |  |
|  | Zapis obrazów w formatach: DICOM, JPG, BMP i TIFF oraz pętli obrazowych (AVI) w systemie aparatu z możliwością eksportu na zewnętrzne nośniki typu PenDrvie lub płyty CD/DVD | TAK |  |  |
|  | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Funkcja ukrycia danych pacjenta przy archiwizacji na zewnętrzne nośniki | TAK |  |  |
|  | Videoprinter czarno-biały | TAK |  |  |
|  | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | TAK |  |  |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | TAK |  |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowych 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty) | TAK |  |  |
|  | **Funkcje użytkowe** | TAK |  |  |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym min. x20 | TAK |  |  |
|  | Powiększenie obrazu po zamrożeniu min. x20 | TAK |  |  |
|  | Ilość pomiarów możliwych na jednym obrazie min. 10 | TAK |  |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej - dostępne w czasie rzeczywistym i po zamrożeniu | TAK |  |  |
|  | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | TAK |  |  |
|  | Pełne oprogramowanie do badań:   * Kardiologicznych * Małych narządów * Naczyniowych * Śródoperacyjnych * Brzusznych * Mięśniowo-szkieletowych * Ortopedycznych | TAK |  |  |
|  | **Głowice ultradźwiękowe – wyposażone w bezpinowe złącza nowej generacji** | TAK |  |  |
|  | **Głowica Convex,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 1,0 – 6,0 MHz | TAK |  |  |
|  | Liczba elementów min. 190 | TAK |  |  |
|  | Kąt skanowania min. 75 st. | TAK |  |  |
|  | Promień max. 50 mm | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 16 pasm częstotliwości | TAK |  |  |
|  | **Głowica Liniowa Matrycowa** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 3,0 – 13,0 MHz | TAK |  |  |
|  | Liczba elementów min. 190 | TAK |  |  |
|  | Szerokość pola skanowania max. 40 mm | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 16 pasm częstotliwości | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie trapezowe | TAK |  |  |
|  | **Głowica kardiologiczna Phased Array** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min. 1,0 – 5,0 MHz | TAK |  |  |
|  | Liczba elementów min. 128 | TAK |  |  |
|  | Kąt obrazowania min. 90 stopni | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 8 pasm częstotliwości | TAK |  |  |
|  | **Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu składania oferty)** | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję i oprogramowanie umożliwiające badanie i pomiar sprężystości naczyń | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie panoramiczne na głowicach Liniowych | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o objętościową głowicę Liniową 3D/4D (skanującą automatycznie), min. 4,0-13,0 MHz, min. 190 elementów, obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o głowicę proktologiczną, radialną o kącie obrazowania 360 stopni min. 3,0 – 9,0 MHz | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o bezprzewodowy (podczerwień) programowalny pilot zdalnego sterowania | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o głowicę kardiologiczną przezprzełykową Phased Array, o kącie obrazowania 90 stopni min. 2,0 – 8,0 MHz | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na cały system (aparat, głowice, printer) | **Minimum 36 miesięcy** |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=8 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | TAK |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 10 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania cały system (aparat, głowice, printer) | Minimum 10 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………………………  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. …..................................................................  Numer telefonu ………………………………………………………………….  Numer fax ………………………………………………………………………….  Adres e-mail ………………………………………………………………………. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..

Nr postępowania: 1/XII/2017/13 Załącznik nr 3/11 do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA Część nr 11**

**Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń**

**Aparat Doppler - 1 szt.**

Nazwa Wykonawcy: ……………………………………………

Nazwa - typ urządzenia: ……………..………………………

Producent: ………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………………..

Rok produkcji: …………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru – Parametry wymagane** | **Wymogi graniczne TAK** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
|  | Konstrukcja | TAK |  |  |
|  | Wysokiej klasy, cyfrowy aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem. | TAK |  |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy. Wymagany rok produkcji: 2017 | TAK |  |  |
|  | Przetwornik cyfrowy min. 12-bit | TAK |  |  |
|  | Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania min. 200 000 | TAK |  |  |
|  | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych min. 3 | TAK |  |  |
|  | Dynamika systemu min.255 dB | TAK |  |  |
|  | Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu, przekątna ekranu minimum 17” | TAK |  |  |
|  | Ruchomy pulpit sterowniczy: góra-dół, lewo-prawo | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy USG min. 1 MHz do 20 MHz. | TAK |  |  |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) min. 20 000 klatek. | TAK |  |  |
|  | Możliwość uzyskania dynamicznych obrazów po zamrożeniu ze zmianą prędkości odtwarzania (tzw. Cineloop) | TAK |  |  |
|  | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode min. 30 s | TAK |  |  |
|  | Głębokość penetracji od czoła głowicy min. 0,5 - 40 cm | TAK |  |  |
|  | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika min. 35 | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie i prezentacja obrazu |  |  |  |
|  | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.  B,  B + B  M  B + M  D  B + D  B + C (Color Doppler)  B + PD (Power Doppler)  B + Color + M | TAK |  |  |
|  | FRAME RATE dla trybu B min. 1100 obrazów/s | TAK |  |  |
|  | FRAME RATE dla trybu B + kolor min. 320 obrazów/s | TAK |  |  |
|  | Zaawansowane obrazowanie harmoniczne. Minimum dwie różne techniki obrazowania | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD, HPRF PWD) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD)  (przy zerowym kącie bramki) min.: +/- 7,0 m/s | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Pulsacyjnego min.0,5 do 30 kHz | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Ciągłego (CWD) (przy zerowym kącie bramki) min.: +/- 15,5 m/s | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Ciągłego min.0,5 do 30 kHz | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) | TAK |  |  |
|  | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) min.: +/- 4,0 m/s | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Kolorowego min. 0,1 do 18 kHz | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Power Doppler (PD) i Power Doppler Kierunkowy | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym i z pamięci Cineloop, min. 3 niezależne kursory | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) | TAK |  |  |
|  | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie w trybie Kolorowy i Spektralny Doppler Tkankowy | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie typu Compound Imaging lub równoważne | TAK |  |  |
|  | Adaptacyjny system obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe dostępny na wszystkich oferowanych głowicach | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie trapezowe na głowicach liniowych | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie rombowe na głowicy liniowej | TAK |  |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu B oraz PWD/CWD (skala, linia bazowa) za pomocą jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Zakres bramki dopplerowskiej min. od 0,5 mm do 20 mm | TAK |  |  |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej Min. +/- 30 stopni | TAK |  |  |
|  | Korekcja kąta bramki dopplerowskiej min. +/- 80 stopni | TAK |  |  |
|  | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej w zakresie +/- 80 stopni za pomocą jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze min. 25 map | TAK |  |  |
|  | Archiwizacja obrazów | TAK |  |  |
|  | Wewnętrzny system archiwizacji z zapisem obrazów na dysku twardym (min. 500 GB) i bazą pacjentów. | TAK |  |  |
|  | Zapis obrazów w formatach DICOM, JPG, BMP i TIFF oraz pętli obrazowych (AVI) w systemie aparatu i bezpośrednio z niego na nośnikach typu PenDrvie lub płytach DVD-R/RW | TAK |  |  |
|  | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku | TAK |  |  |
|  | Videoprinter czarno-biały | TAK |  |  |
|  | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | TAK |  |  |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | TAK |  |  |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowych 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty) | TAK |  |  |
|  | Możliwość podłączenia drukarki laserowej do wydruku raportów bezpośrednio z aparatu | TAK |  |  |
|  | Funkcje użytkowe | TAK |  |  |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym min. x16 | TAK |  |  |
|  | Powiększenie obrazu po zamrożeniu min. x16 | TAK |  |  |
|  | Ilość pomiarów obrazowanych jednocześnie na ekranie min. 10 | TAK |  |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej | TAK |  |  |
|  | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | TAK |  |  |
|  | Pełne oprogramowanie do badań:  Brzusznych  Małych narządów  Naczyniowych  Mięśniowo-szkieletowych  Urologicznych  Kardiologicznych  Ginekologicznych | TAK |  |  |
|  | Głowice ultradźwiękowe – (matrycowe lub wykonane w technologii zapewniającej ogniskowanie wiązki w dwóch płaszczyznach) | TAK |  |  |
|  | Głowica elektroniczna Liniowa szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ. | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min 5,0 – 16,0 MHz | TAK |  |  |
|  | Liczba elementów min. 190 | TAK |  |  |
|  | Szerokość pola skanowania max. 40 mm | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe | TAK |  |  |
|  | Głowica elektroniczna, kardiologiczna Phased Array szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy. Podać typ i producenta | TAK |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min 1,0 – 5,0 MHz | TAK |  |  |
|  | Liczba elementów min. 64 | TAK |  |  |
|  | Kąt obrazowania min. 90 st | TAK |  |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne min. 4 pasma częstotliwości | TAK |  |  |
|  | Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu składania oferty) | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o elektroniczną głowicę Liniową Matrycową 4,0-18,0 MHz, min. 1024 elementy, szerokość skanu max. 40 mm | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o opcję badań z kontrastem | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o elektroniczną głowicę Liniową laparoskopową, min. 4,0-13,0 MHz, min. 190 elementów, szerokość skanu min. 30 min | TAK |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę śródoperacyjną typu I oraz typu T | TAK |  |  |

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 i 5 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Warunki gwarancji i serwisu | Warunek | Opis |
| 1 | Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) na aparat Dopplera | Minimum 24 miesiące |  |
| 2 | Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia | TAK |  |
| 3 | Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu | Podać |  |
| 4 | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach) | <=48 h w dni robocze |  |
| 5 | Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach) | <=72 h w dni robocze |  |
| 6 | Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 10 dni lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 10 dni. | Tak |  |
| 7 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia | TAK |  |
| 8 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące | Tak |  |
| 9 | Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy | 3 naprawy |  |
| 10 | Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji | Minimum 5 lat |  |
| 11 | Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy) | Minimum 5 lat |  |
| 12 | Wykaz dostawców części zamiennych, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Z 2017r. poz. 211) | Podać |  |
| 13 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie modą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211) | Podać:  Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ……………………………………………………………………………………………  Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne ….. …..................................................................  Numer telefonu ………………………………………………………………….  Numer fax …………………………………………………………………………..  Adres e-mail ………………………………………………………………………. | |
| 14 | Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach | Podać |  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Szkolenia** | Potwierdzenie | Warunki oferowane |
| 1. | Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej | TAK |  |
| 2. | Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych | TAK |  |
| 3. | Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |
| 4. | Dokumenty opisane w SIWZ - rozdz. VI ust. 19 pkt a) – g) | TAK, dostarczy wybrany Wykonawca |  |

Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

………………..…………………………………  
(pieczątka imienna)

Miejscowość i data …………………………………..