**Zadanie 1. Lodówka z monitoringiem temperatury**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2024 | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Lodówka z monitoringiem temperatury: | Tak |  |
|  | * zasilanie elektryczne: 230V/50 Hz
 | Tak |  |
|  | * wbudowany agregat chłodniczy
 | Tak |  |
|  | * drzwi przeszklone z szybą zespoloną
 | Tak |  |
|  | * chłodzenie wymuszone
 | Tak |  |
|  | * automatyczne odparowanie skroplin
 | Tak |  |
|  | * zakres temperatur: +1 °C - +10 °C
 | Tak |  |
|  | * korpus izolowany pianką poliuretanową
 | Tak |  |
|  | * automatyczne odparowanie skroplin
 | Tak |  |
|  | * wnętrze lodówki wykonane z tworzywa w kolorze białym
 | Tak |  |
|  | * korpus zewnętrzny lakierowany na kolor biały
 | Tak |  |
|  | * wymiary (+/- 5%): głębokość 696 mm, szerokość 600 mm, wysokość 1980 mm
 | Tak |  |
|  | * 5 półek siatkowych stalowych w kolorze białym z możliwością zmiany wysokości zawieszenia
 | Tak |  |
|  | * oświetlenie wnętrza LED
 | Tak |  |
|  | * możliwość włączenia oświetlenia wewnętrznego włącznikiem zewnętrznym
 | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | * zamek drzwi
 | Tak |  |
|  | * moduł alarmowy z sygnalizacją dźwiękową (zbyt wysoka temperatura, zbyt niska temperatura, zbyt długi czas otwarcia drzwi)
 | Tak |  |
|  | * rejestrator temperatury wewnątrz urządzenia z wyjściem USB do odczytu
 | Tak |  |
|  | * moduł radiowy oparty o łączność komórkową (GSM) zapewniający wysyłanie powiadomień w formie SMS (m.in. zbyt wysoka temperatura, zbyt niska temperatura, zanik zasilania, itp.)
 | Tak |  |
|  | Wykonanie walidacji lodówki potwierdzone raportem serwisowym: walidacji podczas uruchomienia, przed upływem 12 miesięcy od daty uruchomienia oraz w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji | Tak |  |
|  | Raporty serwisowe z wykonanych przeglądów, walidacji, napraw gwarancyjnych przesyłane w wersji elektronicznej (format pdf) na adres aparatura@szpital.uwm.edu.pl | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt, Nie - 0 pkt. |  |
|  | Wypełniony paszport urządzenia | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem elektronicznym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji.
6. Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.

Oświadczamy, że oferowany i powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu oraz zainstalowaniu i uruchomieniu (jeżeli dotyczy) gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ze strony Zamawiającego.

**Zadanie 2. Sprzęt medyczny**

**2.1. Kozetka lekarska**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 7 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2024 | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Kozetka lekarska: | Tak |  |
|  | * wykonana z kształtowników stalowych, malowanych proszkowo
 | Tak |  |
|  | * leże i wezgłowie pokryte płytą wiórową, obitą pianką poliuretanową i skóropodobnym materiałem zmywalnym
 | Tak |  |
|  | * funkcja regulacji kąta pochylenia wezgłowia
 | Tak |  |
|  | * całkowita szerokość: 55 cm (+/- 5%)
 | Tak |  |
|  | * całkowita długość: 188 cm (+/- 5%)
 | Tak |  |
|  | * całkowita wysokość: 51 cm (+/- 5%)
 | Tak |  |
|  | * kąt nachylenia wezgłowia: +/- 40°
 | Tak |  |
|  | * dopuszczalne obciążenia: min. 180 kg
 | Tak |  |
|  | * dopuszczalne obciążenia: min. 180 kg
 | Tak |  |
|  | * uchwyt na rolkę prześcieradła
 | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie - 0 pkt. |  |
|  | Kolor tapicerki do uzgodnienia z Zamawiającym przed dostawą | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie - 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**2.2. Stół do badania niemowląt**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2024 | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Stół do badania niemowląt: | Tak |  |
|  | * konstrukcja wykonana z profili stalowych, malowana farbą proszkową w kolorze białym
 | Tak |  |
|  | * leże wykonane z płyty meblowej, miękkiej pianki powleczonej materiałem, które zapewnia trwałość wyrobu oraz łatwe utrzymanie w czystości
 | Tak |  |
|  | * z trzech stron osłonięty plastikowymi osłonami, który zabezpiecza boki przewijaka przed wnikaniem niebezpiecznych drobnoustrojów
 | Tak |  |
|  | * Wymiary stołu:
	+ Wysokość do leża: 790 mm
	+ Wysokość całkowita: 990 mm
	+ Głębokość: 750 mm
	+ Szerokość: 960 mm
 | Tak |  |
|  | Kolor tapicerki do uzgodnienia z Zamawiającym przed dostawą. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie - 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**2.3. Waga medyczna ze wzrostomierzem**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 6 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2024 | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Maga medyczna ze wzrostomierzem: | Tak |  |
|  | * elektroniczna waga osobowa kolumnowa klasy III ze wzrostomierzem przeznaczona do ważenia pacjentów w placówkach służby zdrowia
 | Tak |  |
|  | * obciążenie: min. 200 kg
 | Tak |  |
|  | * dokładność odczytu: 100 g
 | Tak |  |
|  | * wyświetlacz LCD
 | Tak |  |
|  | * funkcja automatycznego wyłączania
 | Tak |  |
|  | * zasilanie: bateryjne i sieciowe (zasilacz w zestawie)
 | Tak |  |
|  | * platforma antypoślizgowa
 | Tak |  |
|  | * gumowane stopki umożliwiające regulację poziomu platformy
 | Tak |  |
|  | * plastikowo - aluminiowy bezpieczny wzrostomierz o zakresie pomiaru min. 75-200 cm
 | Tak |  |
|  | * opcje: TARA, HOLD, BMI, PRINT
 | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe (legalizacje) niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd (legalizacja) w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**2.4. Waga dla osób niepełnosprawnych**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2024 | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Waga dla osób niepełnosprawnych: | Tak |  |
|  | * waga do ważenia pacjentów na wózkach inwalidzkich
 | Tak |  |
|  | * waga wyposażona w podjazd
 | Tak |  |
|  | * podświetlany wyświetlacz na przewodzie z podstawką
 | Tak |  |
|  | * regulowane nóżki
 | Tak |  |
|  | * elementy wagi pokryte lakierem proszkowym
 | Tak |  |
|  | * szalka wagi wyłożona ryflowaną gumą, zabezpieczającą przed poślizgiem.
 | Tak |  |
|  | * funkcje (min.): tara, odczyt zwiększonej rozdzielczości w całym zakresie pomiarowym, zapamiętywanie ostatniego wyniku
 | Tak |  |
|  | * funkcja tłumiąca wpływ ruchów ważonej osoby na wskazania wagi
 | Tak |  |
|  | * obciążenie min: 150 kg
 | Tak |  |
|  | * zasilanie akumulatorowe z możliwością ładowania lub za pomocą zasilacza
 | Tak |  |
|  | * dokładność odczytu (max.): 50g
 | Tak |  |
|  | * czas stabilizacji wskazań: 1-2s
 | Tak |  |
|  | * masa wagi (max.): 40 kg
 | Tak |  |
|  | * wymiary pomostu: 55x90cm
 | Tak |  |
|  | * wymiary gabarytowe wagi (+/- 5%):142x90x16cm
 | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe (legalizacje) niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd (legalizacja) w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**2.5. Waga medyczna dla niemowląt**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2024 | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Waga medyczna dla niemowląt: | Tak |  |
|  | * waga niemowlęcia do min. 27 kg
 | Tak |  |
|  | * dokładność w zakresie od 1-27kg: maksymalnie 5g
 | Tak |  |
|  | * wyświetlacz LCD
 | Tak |  |
|  | * funkcja tarowania i przytrzymania
 | Tak |  |
|  | * duża płytka do ważenia z adapterem multi
 | Tak |  |
|  | * zasilanie: bateryjne lub akumulatorowe z ładowarką lub zasilacz
 | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe (legalizacje) niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd (legalizacja) w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**2.6. Tablice do badania ostrości wzroku plastikowe**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 4 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2024 | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Tablice do badania ostrości wzroku plastikowe: | Tak |  |
|  | * tablica Snellena do wykonywania badania optometrycznego
 | Tak |  |
|  | * tablica składająca się z dwunastu rzędów liter, a najmniejszy rząd, który pacjent jest w stanie odczytać z tablicy określa ostrość wzroku pacjenta w danym oku
 | Tak |  |
|  | * tablica wykonana z PCV
 | Tak |  |
|  | * zakres badania 6m
 | Tak |  |
|  | * wymiary: 50 cm x 30 cm
 | Tak |  |

**2.7. Koncentrator tlenu**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2024 | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Koncentrator tlenu: | Tak |  |
|  | * przepływ: od 1 do 5 l/min
 | Tak |  |
|  | * głośność: max 45 dB
 | Tak |  |
|  | * urządzenie mobilne
 | Tak |  |
|  | * zasilanie 230 V 50Hz
 | Tak |  |
|  | * obudowa wykonana z materiału wytrzymałego na czyszczenie i dezynfekcję
 | Tak |  |
|  | * sprężarka wyposażona w system ochrony termicznej zapobiegający przegrzania urządzenia
 | Tak |  |
|  | * wszystkie parametry pracy są wyświetlane na wyświetlaczu LCD
 | Tak |  |
|  | * nasycenie przepływu tlenu w 1L / min: 90%
* nasycenie przepływu tlenu w 5L / min: 30%
 | Tak |  |
|  | * poziom stężenia wdychanego tlenu jest regulowany w zakresie od 30 do 90%
 | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**2.8. Oczyszczacz powietrza**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2024 | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Oczyszczacz powietrza: | Tak |  |
|  | * generator ozonu przelotowy
 | Tak |  |
|  | * wydajność: 10 g/h
 | Tak |  |
|  | * elektrody odporne na wstrząsy i uderzenia
 | Tak |  |
|  | * wyłącznik czasowy od 0 do 60 minut
 | Tak |  |
|  | * zasilanie 230V 50Hz
 | Tak |  |
|  | * waga (max): 5 kg
 | Tak |  |
|  | * obudowa: stal malowana proszkowo
 | Tak |  |
|  | * możliwość regulacji wydajności: 5 g/h lub 10 g/h
 | Tak/NieTak - 5 pktNie - 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**2.9. Lampa diagnostyczna bezcieniowa**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2024 | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Lampa diagnostyczna bezcieniowa: | Tak |  |
|  | * źródło światła –moduły LED
 | Tak |  |
|  | * natężenie światła (min):
	+ 100 000 lux - przy 50 cm
	+ 60 000 lux - przy 80 cm
	+ 50 000 lux - przy 100 cm
 | Tak |  |
|  | * średnica plamy świetlnej dla 1,0 m - 15 cm (+/-8%) w tym zakresie pełna iluminacją światła
 | Tak |  |
|  | * temperatura barwowa: 4750 °K
 | Tak |  |
|  | * ramię typu „gęsia szyja” zapewniające dokładne oświetlenie badanego pola
 | Tak |  |
|  | * w zestawie wymienna rączka do ustawiania położenia czaszy
 | Tak |  |
|  | * płynna regulacja natężenia światła
 | Tak |  |
|  | * jedno kółko z blokadą
 | Tak |  |
|  | * przyrost temperatury w polu roboczym < 1°C
 | Tak |  |
|  | * zasilanie 230V 50Hz
 | Tak |  |
|  | * waga lampy (max): 8 kg
 | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**2.10. Nebulizator**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2024 | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Nebulizator: | Tak |  |
|  | * Inhalator kompresorowy (tłokowo-pneumatyczny) do nebulizacji
 | Tak |  |
|  | * Regulacja rozmiaru MMAD cząsteczek
 | Tak |  |
|  | * Regulacja szybkości podawania leku
 | Tak |  |
|  | * Tryb pracy: ciągły
 | Tak |  |
|  | * Inhalator wyposażony w uchwyt do przenoszenia
 | Tak/NieTak – 5 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | * Funkcja umożliwiająca podawanie aerozolu jedynie w fazie wdechu
 | Tak/NieTak – 5 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | * MMAD min.: 2,21 μm - 2,95 μm
 | Tak, podać |  |
|  | * Frakcja respirabilna < 5 μm (FPF)%: min. 84,2% - 74,7%
 | Tak, podać |  |
|  | * Głośność: poniżej 58dB
 | 55 dB i mniej – 10 pkt.Powyżej 55 dB – 0 pkt. |  |
|  | * Zasilanie elektryczne: 230V/50 Hz
 | Tak |  |
|  | Wyposażenie:* nebulizator,
* przewód powietrzny
* maska dla dorosłych – 2 szt.
* filtr
* ustnik
 | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem elektronicznym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji.
6. Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.

Oświadczamy, że oferowany i powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu oraz zainstalowaniu i uruchomieniu (jeżeli dotyczy) gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ze strony Zamawiającego.

**Zadanie 3. Aparat USG przenośny (mobilny)**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min. 2024 | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Przenośna, bezprzewodowa głowica, kompatybilna z tabletami i/lub telefonami na systemach Android i/lub iOS  | Tak |  |
|  | Obszar zastosowań w celach diagnostycznych m.in.: * klatka piersiowa (obecność płynu lub powietrza w jamie opłucnej)
* serce (ocena obecności płynu w osierdziu, ocena wielkości jam serca)
* jama brzuszna i miednica (obecność płynu w jamie otrzewnowej, ocena rozmiaru aorty)
* położnictwo (ocena płodu)
* układ naczyniowy (ocena i kaniulacja naczyń tętniczych i żylnych)
 | Tak |  |
|  | Gotowe fabrycznie wgrane w aplikacji pesety do badań różnych typów tj.: tarczycowe, brzuszne, i.in.: urologiczne, płucne, kardiologiczne, naczyniowe, mięśniowo- szkieletowe, interwencyjne  | Tak |  |
|  | 128 kanałów tworząca wiązkę  | Tak |  |
|  | Regulacja TGC, 6 stref  | Tak |  |
|  | Pomiary w aparacie, min. dystans i elipsa  | Tak |  |
|  | Archiwizacja obrazu, min. 500 badań  | Tak |  |
|  | Protokół DICOM, Verify, Store, Worklist  | Tak |  |
|  | Wodoszczelność, IP67  | Tak |  |
|  | Bezterminowo bezpłatna aplikacja do obsługi urządzenia  | Tak |  |
|  | Sonda o konstrukcji „dwa w jednym” - wyposażona z jednej strony w odbiornik typu „sektor”, a po stronie przeciwnej typu „linia”  | Tak |  |
|  | Funkcja zabezpieczania urządzenia przed dostępem osób trzecich za pomocą hasła lub PIN-u | Tak |  |
|  | Tryb obrazowania: * tryb obrazowania Color doppler
* tryb obrazowania B-mode
* obrazowanie harmoniczne
 | Tak |  |
|  | Odbiornik głowicy sektorowej: * częstotliwość 1.6 – 3.7 MHz
* ilość elementów 64
* kąt widzenia 90 st.
* głębokość penetracji 24 cm
 | Tak |  |
|  | Odbiornik głowicy liniowy: * częstotliwość 3-12 MHZ
* ilość elementów 192
* szerokość 40 mm
* głębokość penetracji 8 cm
 | Tak |  |
|  | Interfejs użytkownika pozwalający na kontrole paramentów obrazowania, min. mrożenie obrazu, zapisywanie do pamięci, kontrolę głębokości obrazowania, wykonywanie pomiarów  | Tak |  |
|  | Ładowanie baterii poprzez ładowarkę indukcyjna  | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Badanie na baterii, do 50 minut  | Tak |  |
|  | Masa 218 g (+/- 3 g)  | Tak |  |
|  | Wymiary 141mm x 67 mmx 33 mm  | Tak |  |
|  | Urządzenie typu tablet, kompatybilne z oferowanym urządzeniem w celu wykonywania badania:* ekran 10,9”
* rozdzielczość ekranu 2160 x 1620 pikseli
 | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem elektronicznym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji.
6. Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.

Oświadczamy, że oferowany i powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu oraz zainstalowaniu i uruchomieniu (jeżeli dotyczy) gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji ze strony Zamawiającego.