Załącznik nr 2-4 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

............................................

pieczęć firmowa wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

**dla urządzeń objętych częścią 4 zamówienia**

1. **Stanowisko do resuscytacji noworodków sztuk 3.**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ...........................................................................

**Typ:** .............................**Model**: ..............................**Rok produkcji:** .............................

**Producent**: ....................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
|  | Inkubator otwarty – stanowisko do resuscytacji noworodków, o stabilnej konstrukcji umieszczony na podstawie jezdnej. Wszystkie kółka wyposażone w hamulce | TAK |  |
|  | Moduł podnośnika elektrycznego realizujący płynną regulację położenia materacyka względem poziomu podłogi | TAK |  |
|  | Zasilanie AC dostosowane do 230 V +/-10%, 50 Hz | TAK |  |
|  | Stoper Apgar emitujący dźwięki po 1, 5 oraz 10 minutach od włączenia | TAK |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz (ekran) na panelu sterującym, typu LCD, przekątna 6,5", do prezentacji parametrów nastawianych i monitorowanych oraz prezentacji graficznej cyklu pomiarowego wagi pacjenta. Brak osobnych wyświetlaczy numerycznych, wszystkie parametry prezentowane na ekranie. | TAK |  |
|  | Płynna regulacja kąta nachylenia podstawy z materacykiem w zakresie co najmniej +/-12°  | TAK |  |
|  | Prowadnice lub szuflada do wprowadzenia kasety RTG pod materacyk bez konieczności przemieszczania dziecka. Kaseta wysuwana po obu stronach inkubatora. Kaseta RTG z trwale naniesioną skalą, niezbędną do prawidłowego pozycjonowania w celu wykonania prześwietlenia | TAK |  |
|  | Wyciszanie alarmów w sposób bezdotykowy, realizowany poprzez ruch ręki w pobliżu czujnika ruchu (fabrycznie wbudowanego w panel główny stanowiska), zapobiegając w ten sposób kontaktowi personelu z częścią niesterylną urządzenia, ułatwiając obsługę urządzenia podczas wykonywania procedur medycznych | TAK |  |
|  | Alarmy akustyczne i optyczne | TAK |  |
|  | Podczas alarmu, ikona pomocy umożliwia wyświetlenie opisu aktualnego alarmu na ekranie stanowiska, eliminując konieczność wyszukiwania poprzez przemieszczanie się pomiędzy pozycjami menu. | TAK |  |
|  | Duża, widoczna z odległości, niezależna od ekranu, czerwona lampka sygnalizująca sytuacje alarmowe | TAK |  |
|  | Promiennik grzejny, z regulacją mocy grzania z poziomu panelu sterującego. Zakres regulacji mocy grzania (0÷100)% | TAK |  |
|  | Konstrukcja promiennika bez możliwości odsuwania/odchylania czy blokowania, usytuowana pod kątem po stronie panelu sterującego zapewniająca równomierne nagrzewanie powierzchni materacyka. Nie dopuszcza się promienników zawieszonych równolegle nad leżem pacjenta | TAK |  |
|  | Moc promiennika min. 350 W | TAK |  |
|  | Automatyczne ustawienie mocy grzania na 100%, po włączeniu inkubatora. | TAK |  |
|  | Po uzyskaniu gotowości do pracy w czasie nie dłuższym niż 7 minut, automatyczne przełączenie mocy na 50%. | TAK |  |
|  | Podwójne źródło światła o regulowanej mocy, oświetlające całe pole pacjenta, stanowiące część panelu głównego stanowiska  | TAK |  |
|  | Zintegrowana lampa zabiegowa min. 2000 luksów umożliwiająca podświetlanie wybranego obszaru pacjenta (dzięki regulacji kierunku oświetlenia), stanowiąca integralną część urządzenia, bez konieczności dołączania jej do szyny akcesoryjnej urządzenia | TAK |  |
|  | Opuszczane, przezierne ścianki boczne inkubatora | TAK |  |
|  | Układ automatycznej regulacji temperatury bazujący na pomiarach temperatury skóry noworodka w zakresie co najmniej: (35÷37,5) °C ze skokiem 0,1°C. Manualna regulacja temperatury | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy temperatury skóry pacjenta co najmniej (32÷41) °C z dokładnością czujnika ±0,1 °C | TAK |  |
|  | Trendy w postaci krzywych, zapamiętywane i prezentowane na ekranie wyświetlacza: temperatura nastawiona, moc grzewcza, temperatura noworodka, saturacja i tętno. | TAK |  |
|  | Zintegrowany zestaw do resuscytacji typu Neopuff lub równoważny. Precyzyjne nastawy stężenia tlenu w mieszance realizowane za pomocą mieszalnika O2/AIR. Regulacja wartości ciśnienia gazów dostarczanych pacjentowi (prezentacja aktualnej wartości ciśnienia w drogach oddechowych na manometrze). | TAK |  |
|  | Ssak Venturiego z regulacją siły ssania oraz manometrem | TAK |  |
|  | Wbudowane w panel główny gniazdo do podłączenia czujnika saturacji. Pomiar saturacji metodą Masimo. Zapas jednorazowych czujników do saturacji – 20 szt. | TAK |  |
|  | Uchwyt od frontu i tyłu inkubatora otwartego, ułatwiający jego transport | TAK |  |
|  | Automatyczne wykonywanie testu sprawdzającego po włączeniu do sieci oraz okresowo w trakcie pracy inkubatora, w celu ciągłej kontroli poprawności funkcjonowania urządzenia | TAK |  |
|  | Min. 2 dodatkowe gniazda elektryczne wbudowane fabrycznie w inkubator umożliwiające podłączenie innego sprzętu | TAK |  |
|  | System szuflad-pojemników dostępnych z obu stron inkubatora | TAK |  |
|  | Dwie szyny do mocowania dodatkowych akcesoriów, stanowiące integralną część panelu głównego. Każda z szyn z potrójnymi płaszczyznami mocowania | TAK |  |
|  | Zintegrowana pod leżem pacjenta waga elektroniczna | TAK |  |
|  | Czujniki wielorazowe do pomiaru temperatury – 1 szt./inkubatorNakładki odblaskowe na czujniki temp. – 50 szt./inkubator | TAK |  |
|  | Przewody pneumatyczne do podłączenia gazów medycznych z końcówkami uwzględniającymi specyfikę gniazd szpitalnych i inkubatora. Kompletne przewody z certyfikatem CE | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

Punktacja przyznana przez zamawiającego za warunki gwarancji…............................

1. **Pulsoksymetr sztuk 1.**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ...........................................................................

**Typ:** .............................**Model**: ..............................**Rok produkcji:** .............................

**Producent**: ...................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
|  | Pulsoksymetr –system monitowania saturacji SpO2 oraz tętna noworodków, dzieci i dorosłych | TAK |  |
|  | Pulsoksymetr stacjonarno-transportowy z wbudowanym akumulatorem i zasilaczem sieciowym | TAK |  |
|  | Zasilanie 100-240 VAC, 50/60 Hz, 45VA | TAK |  |
|  | Pojemność akumulatora minimum 5 godzin przy użyciu nowego, w pełni naładowanego akumulatora, bez alarmów z możliwością wymiany na akumulator 10-godzinny  | TAK |  |
|  | Waga maksymalna 1,7 kg | TAK |  |
|  | Zintegrowany z obudową uchwyt do przenoszenia urządzenia | TAK |  |
|  | Menu w języku polskim  | TAK |  |
|  | Nawigacja i sterowanie za pomocą pokrętła wielofunkcyjnego | TAK |  |
|  | **MIERZONE WARTOŚCI** | xxx |  |
|  | Zakres pomiaru saturacji: 1-100% | TAK |  |
|  | Zakres częstości pulsu co najmniej: 20-250min -1 | TAK |  |
|  | Wskaźnik perfuzji co najmniej: 0,03-20% | TAK |  |
|  | **DOKŁADNOŚĆ POMIARU** | xxx |  |
|  | Saturacja (%SpO2+/-1SD) | TAK |  |
|  | Dorośli: 70-100% +/- 2 cyfry | TAK |  |
|  | Noworodki: 70-100% +/- 3 cyfry | TAK |  |
|  | Niska perfuzja: 70-100% +/-2 cyfry | TAK |  |
|  | Częstość pulsu: 20-250 min-1 +/- 3 cyfry | TAK |  |
|  | Częstość pulsu dla niskiej perfuzji: 20-250 min -1 +/-3 cyfry | TAK |  |
|  | **WYŚWIETLACZ – ELEMENTY WYŚWIETLACZA**  | xxx |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz TFT LCD prezentujący wszystkie graficzne i numeryczne informacje pacjenta oraz komunikaty ostrzegawcze.  | TAK |  |
|  | Wyświetlanie krzywej pletyzmografu | TAK |  |
|  | Wyświetlanie SpO2 — bieżąca wartość  | TAK |  |
|  | Wyświetlanie górnego i dolnego limitu alarmowego dla saturacji | TAK |  |
|  |  Wyświetlanie amplitudy tętna | TAK |  |
|  | Wyświetlanie częstości tętna - bieżąca wartość | TAK |  |
|  | Wyświetlanie górnego i dolnego limitu alarmowego dla tętna | TAK |  |
|  | Wyświetlanie czasu  | TAK |  |
|  | Wyświetlanie ikony aktywnego alarmu | TAK |  |
|  | Wskaźnik zasilania sieciowego | TAK |  |
|  | Ikona stanu baterii informująca o stopniu naładowania akumulatora | TAK |  |
|  | Wskaźnik zakłóceń | TAK |  |
|  | Wskaźnik czujnik zdjęty | TAK |  |
|  | Wskaźnik czujnik odłączony | TAK |  |
|  | Wskaźnik komunikat czujnika | TAK |  |
|  | 96 godzinna pamięć rejestrowana co 4 s. wszystkich monitorowanych parametrów pod postacią tabelaryczną i graficzną | TAK |  |
|  | **TRANSMISJA DANYCH** | xxx |  |
|  | Interfejs przywołania pielęgniarki | TAK |  |
|  | Złącze USB | TAK |  |
|  | Złącze Mini USB | TAK |  |
|  | **ALARMY** | xxx |  |
|  | Regulacja czasu opóźnienia reakcji alarmu na zmianę saturacji w zakresie: 10s, 25s, 50s, 100s dla zmian o 1%. | TAK |  |
|  | Regulacja czasu opóźnienia reakcji na zmianę saturacji wyższą niż 1% według algorytmu: (10s, 25s, 50s, 100s) / wartość zmiany saturacji = czas opóźnienia reakcji alarmu. | TAK |  |
|  | Alarmy dźwiękowe o wysokim, średnim i niskim priorytecie | TAK |  |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy dla częstość pulsu poniżej dolnej granicy. | TAK |  |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy dla częstość pulsu powyżej górnej granicy. | TAK |  |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy dla SpO2 powyżej górnej granicy | TAK |  |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy dla SpO2 poniżej dolnej granicy | TAK |  |
|  | Alarm dla odłączenia SpO2 Kabla/Sensora | TAK |  |
|  | Alarm dla SpO2 zdjęcie czujnika | TAK |  |
|  | Alarm dla rozładowanej baterii | TAK |  |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy dla całkowicie rozładowanej baterii | TAK |  |
|  | Możliwość zawieszenia dźwięków alarmowych na 30, 60, 90, 120 s. z jednoczasowym generowaniem alarmów wizualnych | TAK |  |
|  | Regulacja głośności dla alarmu, przycisku, pulsu | TAK |  |
|  | **WYPOSAŻENIE STANDARDOWE/DODATKOWE** | xxx |  |
|  | Przewód łączący urządzenie z czujnikiem pomiarowym | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

Punktacja przyznana przez zamawiającego za warunki gwarancji…............................

1. **Pompa infuzyjna (neonatologia) sztuk 6.**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ...........................................................................

**Typ:** .............................**Model**: ..............................**Rok produkcji:** .............................

**Producent**: ...................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
|  | Zwarta budowa uniemożliwiająca zalanie  | TAK |  |
|  | Strzykawka mocowana od frontu, niewychodząca poza obrys pompy przy pełnym wysunięciu tłoka. Mocowanie strzykawki manualne. | TAK |  |
|  | Zasilanie – 230V; 50 Hz  | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne – praca min 6h przy prędkości podaży 5 ml/h w temp.20o C dla standardowego trybu pracy | TAK |  |
|  | Dokładność podaży nie gorsza niż +/- 2% | TAK |  |
|  | Bateria o krótkim czasie ładowania – dla standardowego trybu ładowania - max 2,5 h 90% | TAK, podać |  |
|  | Funkcja STAND-BY bez ograniczenia czasu | TAK |  |
|  | Możliwość blokady ustawienia prędkości infuzji | TAK |  |
|  | Wbudowany, nie demontowany uchwyt do mocowania pompy do statywu | TAK |  |
|  | Wbudowany, nie demontowany uchwyt umożliwiający przenoszenie pompy  | TAK |  |
|  | Wbudowany, zatrzaskowy, nie demontowany system mocowania do stacji dokującej lub szyny poziomej. | TAK |  |
|  | Wbudowany interfejs na podczerwień IrDA do dwustronnej komunikacji z systemem zarządzającym infuzją oraz innym pompami | TAK |  |
|  | Wbudowane gniazdo RS232 | TAK |  |
|  | Waga urządzenia max. 3 [kg]  | TAK, podać |  |
|  | Duży czytelny wyświetlacz o przekątnej min 16 cm. | TAK |  |
|  | Minimum 19 znaków w nazwie leku wyświetlanych na ekranie pompy | TAK |  |
|  | Rejestr zdarzeń obejmujący wszystkie zdarzenia min z 12 miesięcy, przechowywany w pamięci pompy min 6 miesięcy bez zasilania. | TAK |  |
|  | Oddzielny rejestr naciśnięć klawiszy pompy dostępny w menu serwisowym | TAK |  |
|  | Licznik czasu pracy pompy:- całkowitego czasu pracy bez możliwości zerowania,- bieżącego czasu pracy z możliwością zerowania | TAK |  |
|  | W przypadku stosowania oddzielnego oprogramowania do wprowadzania danych i konfiguracji pomp minimum dwie licencje – jedna dla Użytkownika, druga dla działu techniki medycznej | TAK |  |
|  | Skuteczne zabezpieczenie wprowadzonych do pompy danych umożliwiające ich zmianę tylko key-userowi. | TAK |  |
|  | **PARAMETRY PRACY URZĄDZENIA** | xxx |  |
|  | Możliwość stosowania strzykawek o różnych objętościach producentów krajowych i zagranicznych  | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wprowadzania, po skalibrowaniu, dodatkowych strzykawek wg życzenia Użytkownika | TAK |  |
|  | Możliwość pracy w min pięciu n/w trybach: | xxx |  |
|  | -szybkość dozowania – w ml/godz.,  | TAK |  |
|  | - dawkowanie – w jednostkach masowych w stosunku do wagi pacjenta, i w jednostkach masowych w stosunku do wagi pacjenta i czasu | TAK |  |
|  | -szybkość dozowania + objętość infuzji do podania | TAK |  |
|  | - objętość do podania + czas podaży (automatyczne wyliczanie prędkości podaży) | TAK |  |
|  | - z kalkulatorem lekowym automatycznie obliczającym dawkowanie | TAK |  |
|  | Możliwość programowania prędkości podaży w zakresie min.: od 0,1 do 1200 ml/h | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany prędkości podaży leku w trakcie pracy bez konieczności wyłączenia pompy | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru trybów pracy po zakończeniu infuzji: | TAK |  |
|  | - zatrzymanie infuzji | TAK |  |
|  | - tryb KVO (utrzymanie drożności wlewu/naczynia – zapobieganie obturacji) z regulacją prędkości podaży przez Użytkownika w zakresie nie mniejszym niż 0,1-2,0 ml/h | TAK |  |
|  | - kontynuacja infuzji z poprzednią prędkością | TAK |  |
|  | Tryb BOLUS z podaniem dawki uderzeniowej bez zatrzymania infuzji | TAK |  |
|  | - automatyczny (hands off) z konfigurowaną przez użytkownika prędkością podaży w zakresie min 10 – 1200 ml/h, co 10 ml/h oraz objętością dawki w zakresie min 0,1 – 25 ml. | TAK |  |
|  | - ręczny (hands on) z konfigurowaną przez użytkownika prędkością podaży w zakresie min 10 – 1200 ml/h i kontrolą objętości podanego bolusa | TAK |  |
|  | Automatyczne cofanie tłoka strzykawki po wystąpieniu alarmu okluzji | TAK |  |
|  | Programowanie progów ciśnienia okluzji przez Użytkownika w zakresie nie mniejszym niż 50-1000 mm Hg | TAK |  |
|  | Funkcja wypełnienia drenu z wyborem przez Użytkownika prędkości w zakresie nie mniejszym niż 100-500 ml/godz. i objętości wypełnienia drenu w zakresie nie mniejszym niż 0,5-5 ml | TAK |  |
|  | Funkcja szybkiego startu po rozpoczęciu infuzji i ręcznym wypełnieniu drenu – do kasowania luzów mechanizmie pompy bez używania funkcji wypełniania drenu | TAK |  |
|  | Biblioteka leków zawierająca min 100 leków, wprowadzanych przez Użytkownika, z ich stężeniami i parametrami podaży.  | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy biblioteki leków do min 3000 leków ze stężeniami i protokołami podaży zawierającymi limity miękkie i twarde dawkowania oraz podziałem leków na co najmniej 30 protokołów podaży. | TAK |  |
|  | Jednoczesne wyświetlanie na ekranie pompy niżej podanych parametrów infuzji i stanu pompy:- informacja o trwającej infuzji/ informacja o wstrzymaniu infuzji/ informacja o trybie KVO,- typ zainstalowanej strzykawki,- nazwa leku,- szybkość podaży: \* w ml/h \* w jednostkach masowych (jeśli wprowadzone). *Obie informacje wyświetlane równocześnie.* - objętość do podania,- objętość podana,- czas pozostały do końca infuzji,- poziom ciśnienia w linii,- wybrane ciśnienie alarmu okluzji,- ikona stanu naładowania baterii.  | TAK |  |
|  | Praca pompy w systemie zarządzającym infuzjami poprzez stację dokującą | TAK |  |
|  | **ALARMY I OSTRZEŻENIA** | xxx |  |
|  | Zróżnicowany dwustopniowy system ostrzeżeń i alarmów akustycznych i optycznych (wizualnych) z wstrzymaniem infuzji dla alarmów | TAK |  |
|  | Okluzji - z automatycznym wstrzymaniem infuzji | TAK |  |
|  | Bliskiego końca infuzji z możliwością regulacji przez użytkownika jego parametrów:- czasu do końca infuzji od min 1 do 15 min.- do 10% pozostałej infuzjiw zależności od tego, która co nastąpi wcześniej. | TAK |  |
|  | Końca infuzji z możliwością wyboru przez Użytkownika objętości leku pozostającej w strzykawce w zakresie 0,1-5% jej objętości – w tym zakresie pompa MUSI przechodzić w tryb KVO.  | TAK |  |
|  | O przejściu w tryb KVO, zatrzymania lub kontynuacji infuzji | TAK |  |
|  | Złego zamocowania strzykawki ze wskazaniem miejsca, w którym ono nastąpiło i z automatycznym wstrzymaniem infuzji | TAK |  |
|  |  Wstępny rozładowania baterii – na 30 min przed jej wyczerpaniem | TAK |  |
|  | Rozładowania baterii | TAK |  |
|  | Awarii urządzenia  | TAK |  |
|  | Przypominający o konieczności dokonania przeglądu | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

Punktacja przyznana przez zamawiającego za warunki gwarancji…............................

1. **Laryngoskop sztuk 3.**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ...........................................................................

**Typ:** .............................**Model**: ..............................**Rok produkcji:** .............................

**Producent**: ..................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
|  | Laryngoskop światłowodowy | TAK |  |
|  | Łopatki wykonane z jednego elementu stali nierdzewnej | TAK |  |
|  | Komplet łopatek typu McIntosh w rozmiarach 1-4 | TAK |  |
|  | Rękojeść z pojemnikiem na baterie typu R14 | TAK |  |
|  | Krótka rękojeść z pojemnikiem na baterie typu AA | TAK |  |
|  | Rękojeść spełniająca warunki tzw. ZIELONEJ LINII | TAK |  |
|  | Żarówka ksenonowo-halogenowa | TAK |  |
|  | Możliwość sterylizacji w autoklawie | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 12 miesięcy |  |

Punktacja przyznana przez zamawiającego za warunki gwarancji…............................

1. **Worek AMBU dla noworodków sztuk 6.**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ...........................................................................

**Typ:** .............................**Model**: ..............................**Rok produkcji:** .............................

**Producent**: ...................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
| 1.  | Worek wielorazowego użytku | Tak |  |
| 2 | Worek wykonany z silikonu, przeźroczysty | Tak |  |
| 3 | Maksymalna ilość wdechów na minutę – 45 | Tak |  |
| 4 | Zawór bezpieczeństwa pacjenta 40 cm H2O lub 60 cm H2O | Tak |  |
| 5 | Mocowanie drenu tlenowego stożkowe | Tak |  |
| 6 | Możliwość sterylizacji w autoklawie lub w płynach | Tak |  |
| 7 | Odporność na detergenty i środki dezynfekcyjne | Tak |  |
| 8 | Objętość rezerwuaru tlenu 600ml (+/- 5%) | Tak |  |
| 9 | Objętość worka samorozprężalnego 280ml (+/- 5%) | Tak |  |
| 10 | Objętość dostarczanego tlenu przy wentylacji jedną ręką min. 800 ml | Tak |  |
| 11 | Temperatura przechowywania: -40'C do + 60'C (+/- 5%) | Tak |  |
| 12 | Temperatura pracy: -15'C do +50'C (+/- 5%) | Tak |  |
| 13 | Konstrukcja worka uniemożliwiająca niewłaściwy montaż | Tak |  |
| 14 | Możliwość obrotu założonej maski na worek o 360o | Tak |  |
| 15 | Rezerwuar tlenu, maska twarzowa i wężyk tlenowy w komplecie | Tak |  |
| 16 | Okres gwarancji | Podać min. 12 miesięcy |  |

Punktacja przyznana przez zamawiającego za warunki gwarancji…............................

1. **Stetoskop sztuk 11**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ...........................................................................

**Typ:** .............................**Model**: ..............................**Rok produkcji:** .............................

**Producent**: ..................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
| 1 | Stetoskop dwugłowicowy | TAK |  |
| 2 | Stetoskop przeznaczony do osłuchiwania niemowląt, dzieci i dorosłych | TAK |  |
| 3 | Mosiężna głowica | TAK |  |
| 4 | Stetoskop bez lateksu | TAK |  |
| 5 | Grube, tłumione kanały odsłuchowe | TAK |  |
| 6 | Membrana o średnicy min. 4,80 cm | TAK |  |
| 7 | Lejek o średnicy min. 3,20 cm | TAK |  |
| 8 | Długość przewodów odsłuchowych min. 43 cm | TAK |  |
| 9 | Długość całkowita min. 63 cm | TAK |  |
| 10 | Okres gwarancji | Podać min. 12 miesięcy |  |

Punktacja przyznana przez zamawiającego za warunki gwarancji…............................

.................................................. .....................................................

*miejscowość i data podpis i pieczątka upoważnionego*

*przedstawiciela wykonawcy*