Załącznik nr 2-7 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

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

pieczęć firmowa wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

**dla urządzeń objętych częścią 7 zamówienia**

1. **Ultradźwiękowy detektor tętna płodu 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** |
| 1 | Zasilanie: 2 x bateria alkaliczna R6/AA 1,5Vlub 2 x akumulator R6/AA NiMH 1,2V | TAK |  |
| 2 | Automatyczny wyłącznik po 3 minutach przy braku sygnału lub po 10 minutach | TAK |  |
| 3 | Czas pracy ciągłej min. 30 godzin | TAK |  |
| 4 | Moc akustyczna min. 1W | TAK |  |
| 5 | Regulacja głośności ręczna 10 stopniowa i automatycznamożliwość zapamiętania głośności pracy detektora | TAK |  |
| 6 | Głowica BP2MHz, 25 mm przetwornik | TAK |  |
| 7 | Wyświetlacz częstości tętna FHR LED | TAK |  |
| 8 | Zakres pomiaru tętna min. 50-210 bpm (50-240bpm ) | TAK, podać  |  |
| 9 | Zliczanie tętna automatyczne i ręczne (min. 10 uderzeń) | TAK, podać  |  |
| 10 | Częstotliwość fali ultradźwiękowej 2 MHz | TAK |  |
| 11 | Wymiary części głównej 45x66x32 mm (+/- 5%) | TAK, podać  |  |
| 12 | Waga 230g (+/- 5%) | TAK, podać  |  |
| 13 | Wyposażenie: żel USG 250g, torba, 2x bateria lub 2x akumulator i ładowarka | TAK |  |
| 14 | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Defibrylator 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** |
|  | **Parametry ogólne** | xxx |  |
|  | Defibrylator przenośny z wbudowanym uchwytem transportowym | TAK |  |
|  | Masa całkowita defibrylatora gotowego do pracy, z akumulatorem i łyżkami twardymi, nie większa niż 6,5 kg | TAK |  |
|  | Aparat odporny na zalanie wodą - min. klasa IPX1  | TAK |  |
|  | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim (dotyczy również opisów na panelu sterowania, oraz wydawanych przez aparat komunikatów głosowych). | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe: wbudowany akumulator litowo-jonowy | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe - czas pracy na 1 akumulatorze: min. 200 minut ciągłego monitorowania EKG lub 140 defibrylacji z maksymalną energią.  | TAK |  |
|  | Czas ładowania akumulatora do pełnej pojemności maksymalnie 4 godziny | TAK |  |
|  | Zasilacz sieciowy 230 V/50 Hz, integralny lub zewnętrzny moduł | TAK |  |
|  | Temperatura pracy: min od 5 do +40ºC | TAK |  |
|  | Funkcja codziennego autotestu, bez potrzeby włączania urządzenia, bez udziału Użytkownika, z wydrukiem potwierdzającym jego wykonanie, zawierającym: datę, numer seryjny aparatu, wynik testu.  | TAK |  |
|  | Autotest: wykonywany zarówno na zasilaniu sieciowym jak i akumulatorowym | TAK |  |
|  | Wspomaganie RKO: metronom pracujący w czterech trybach: | TAK |  |
|  | - pacjent dorosły zaintubowany, | TAK |  |
|  | - pacjent dorosły niezaintubowany, | TAK |  |
|  | - pacjent pediatryczny zaintubowany, | TAK |  |
|  | - pacjent pediatryczny niezaintubowany. | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł kapnografu | TAK |  |
|  | **Defibrylacja:** | xxx |  |
|  | Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa | TAK |  |
|  | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania kardiowersji | TAK |  |
|  | Energia defibrylacji w zakresie min. 5-360J | TAK |  |
|  | Dostępne minimum 24 różne poziomy energii defibrylacji | TAK |  |
|  | Defibrylacja półautomatyczna, możliwość programowania energii 1, 2 i 3 wyładowania min w przedziale od: 150 do 360 J | TAK |  |
|  | Ładowanie i wyzwolenie energii za pomocą przycisków na łyżkach defibrylacyjnych oraz na płycie czołowej aparatu | TAK |  |
|  | Możliwość defibrylacji dzieci i dorosłych – zintegrowane łyżki dla dorosłych /pediatryczne  | TAK |  |
|  | Czas ładowania do energii 360J: maksymalnie 7 sekund | TAK |  |
|  | **Rejestracja** | xxx |  |
|  | Monitorowanie EKG z 3 odprowadzeń | TAK |  |
|  | Wzmocnienie sygnału EKG na minimum siedmiu poziomach: 0,25; 0,5; 1,0; 1,5; 2,5; 3,0; 4,0 cm/mV | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru częstości akcji serca min. 20-300 /min | TAK |  |
|  | Układ monitorujący zabezpieczony przed impulsem defibrylatora | TAK |  |
|  | **Stymulacja przezskórna** | xxx |  |
|  | Stymulacji w trybach na „żądanie” i asynchronicznym | TAK |  |
|  | Wyjściowe natężenie prądu, co najmniej w zakresie od 0 do 200 mA | TAK |  |
|  | Częstość stymulacji minimum: od 50 do 150 impulsów na minutę. | TAK |  |
|  | **Pulsoksymetria** | xxx |  |
|  | Pomiar saturacji SpO2 w zakresie minimum od: 1% do 100% | TAK |  |
|  | Zakres częstości tętna min.: od 25 do 240 uderzeń na minutę | TAK |  |
|  | Krzywa SpO2 z automatyczną regulacją wzmocnienia | TAK |  |
|  | Częstość uśredniania aktualizacji SpO2 do wyboru przez Użytkownika: 4, 8, 12 lub 16 sekund | TAK |  |
|  | **Wyposażenie** | xxx |  |
|  | Kabel EKG 3 odprowadzeniowy | TAK |  |
|  | Łyżki twarde dla dorosłych/pediatryczne zintegrowane | TAK |  |
|  | Kabel do stymulacji przezskórnej i defibrylacji z elektrod naklejanych | TAK |  |
|  | 1 komplet elektrod do defibrylacji/stymulacji | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Próżnociąg 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** |
|  | Urządzenie gwarantujące bezpieczne wykonanie vacuum extrakcji noworodka oraz opcjonalnie przystosowane do użytkowania jako ssak. | TAK |  |
|  | Zasilanie 230 VAC 50 Hz+/-10% | TAK |  |
|  | Podciśnienie max. nie mniejsze niż 90 kPa | TAK |  |
|  | Maksymalna wydajność (mierzona w zakresie pracy za zbiornikiem na wydzieliny): nie mniejsza niż 30 l/min i nie większa niż 33 l/min. | TAK |  |
|  | Wbudowany manometr do pomiaru podciśnienia ze skalą w kPa i mmHg | TAK |  |
|  | Możliwość precyzyjnego ustawienia podciśnienia za pomocą regulatora membranowego. | TAK |  |
|  | Ssak przystosowany do pracy ciągłej 24 h/dobę. | TAK |  |
|  | Pompa niskoobrotowa (poniżej 50 obr/min) tłokowa, wytwarzająca podciśnienie bezolejowa, nie wymagająca konserwacji. | TAK |  |
|  | Trwała obudowa z tworzywa odpornego na środki dezynfekcyjne, z włącznikiem dotykowym i wskaźnikiem zasilania LED | TAK |  |
|  | Cicha praca (do 37 dB). | TAK |  |
|  | Wielostopniowe zabezpieczenie przed przelaniem pompy – zaoferować zbiornik zabezpieczający 0,2- 0,3 litra. | TAK |  |
|  | Zbiornik 1,5 litrowe wielorazowy z poliwęglanu, nietłukący z tworzywa z podziałką, do wkładów jednorazowych, z uchwytem naszynowymi i blokadą zabezpieczającą wysuwanie się zbiornika z uchwytu w czasie wymiany wkładu oraz kompatybilne do nich wkłady 1,5 l – 40 szt. | TAK |  |
|  | Urządzenie na wózku jezdnym kolumnowym wykonanym ze stopów niekorodujących, o wysokości min. 70 cm, na czterech kołach z blokadami oraz z szyną na zbiorniki i inne akcesoria  | TAK |  |
|  | Włącznik/wyłącznik nożny zintegrowany z wózkiem – wbudowany w wózek | TAK |  |
|  | Filtry antybakteryjne - min. 5 szt. | TAK |  |
|  | Metalowy uchwyt na dren. | TAK |  |
|  | Dren silikonowy do pacjenta – min. 4 m | TAK |  |
|  | Pelota położnicza silikonowa wielorazowa autoklawowalna rozmiar 60 mm z zaworem spustowym | TAK |  |
|  | Waga urządzenia z wózkiem do 18 kg | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Łóżko porodowe sztuk 2**

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
|  | Długość całkowita łóżka  | 234cm ± 2cm |  |
|  | Szerokość całkowita łóżka przy całkowicie opuszczonych barierkach | 91cm ± 1cm |  |
|  | Szerokość całkowita łóżka przy całkowicie podniesionych barierkach | 99cm ± 1cm |  |
|  | Regulacja elektryczna wysokości  | TAK |  |
|  | Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża z materacem | 57cm ± 2cm |  |
|  | Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża z materacem | 98cm ± 2cm |  |
|  | Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców wraz z automatyczną korektą nachylenia segmentu siedziska w celu zapobiegania zsuwaniu się pacjenta. Wraz z podnoszeniem sekcji głowy, sekcjasiedziska stopniowo przechyla się w przedzialeod 0° do 15°. | TAK |  |
|  | Zakres regulacji kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża | min. 0 - 630 |  |
|  | Elektryczna regulacja segmentu siedziska | TAK |  |
|  | Zakres regulacji segmentu siedziska w stosunku do poziomu ramy leża | min. 0 - 150 |  |
|  | Regulacja pozycji Trendelenburga. Wspomagana sprężyną gazową pozwalająca na opuszczenie płaszczyzny łóżka do poziomu 80 w mniej niż 2 sekundy | TAK |  |
|  | Zakres regulacji pozycji Trendelenburga  | min.0 - 80 |  |
|  | Opuszczana sekcja stóp bez konieczności zdejmowania | TAK |  |
|  | Regulacje funkcji elektrycznych dostępne z paneli wbudowanych w barierki boczne od strony wewnętrznej dla pacjenta, z możliwością blokowania przez personel medyczny. Przyciski membranowe wodoodporne. | TAK |  |
|  | Wbudowana bateria zasilająca | TAK |  |
|  | 4 zintegrowane pojedyncze antystatyczne kółka 150 mm (+/-5%) | TAK |  |
|  | Centralna blokada wszystkich kół jednocześnie uruchamiana jedną dźwignią zlokalizowaną pod szczytem łóżka od strony oparcia pacjenta. | TAK |  |
|  | Mechaniczna funkcja CPR segmentu oparcia dostępna z obu stron łóżka. | TAK |  |
|  | Barierki boczne z mechanizmem zwalniającym, chowane wzdłuż łóżka zapewniające bezpieczny transfer pacjenta  | TAK |  |
|  | Ergonomiczne podkolanniki o dopuszczalnym obciążeniu 27kg | TAK |  |
|  | Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze  |  min.227kg |  |
|  | Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze sekcji siedziska |  min.181kg |  |
|  | Zasilanie elektryczne 220-240 V;60 Hz/ 50 Hz | TAK |  |
|  | Szerokość materaca | min. 89cm |  |
|  | Długość materaca | min 198cm |  |
|  | Grubość materaca w sekcji oparcia | min 12,7cm |  |
|  | Grubość materaca w sekcji siedziska | min 8,9cm |  |
|  | Dopuszczalne bezpieczne obciążenie robocze sekcji głowy | min.91kg |  |
|  | Łóżko spełniające jakościową i techniczną normę klasy IEC 60601-2-52 | TAK |  |
|  | Zdejmowany górny szczyt łóżka | TAK |  |
|  | Maksymalna wysokość sekcji siedziska łóżka w pozycji Trendeleburga | min.102cm |  |
|  | System barierek bocznych pozwalający na zwolnienie mechanizmu i opuszczenie barierki za pomocą jednej ręki bez dodatkowej asekuracji | TAK |  |
|  | Sekcja stóp chowana jednym ruchem pod łóżko przy pomocy prowadnic bez konieczności zdejmowania całej sekcji nożnej a jedynie materaca | TAK |  |
|  | Łóżko wyposażono w jeden stojak na kroplówki, znajdujący się u wezgłowia łóżka.  | TAK |  |
|  | Pompowana sekcja lędżwiowa i siedziska materaca sterowana z przycisków umieszczonych w barierkach bocznych | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Ssak próżniowy na wózku 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** |
|  | Zestaw ssący do podłączenia do centralnej instalacji próżniowej montowany na szynach przyściennych lub kolumnach anestezjologicznych, łatwy w montażu i demontażu | TAK |  |
|  | Regulator podciśnienia z uchwytem naszynowym, manometrem, zaworem odcinającym oraz drenem zbrojonym i wtykiem do instalacji próżniowej | TAK |  |
|  | Zakres regulacji podcisnienia min.0- 0,1 Mpa (0-760 mmHg) | TAK, podać |  |
|  | Zabezpieczenie przed przelaniem instalacji – zaoferować zbiornik zabezpieczający z tworzywa nietłukący , autoklawowalny 0,25l÷0,5l | TAK, podać |  |
|  | Dwa zbiorniki 2,5 litrowe wielorazowe z poliwęglanu, nietłukące z tworzywa z podziałką, do wkładów jednorazowych, z blokadą zabezpieczającą wysuwanie się zbiornika z uchwytu w czasie wymiany wkładu oraz opakowanie (min. 40 szt.) wkładów jednorazowych kompatybilnych do tego zbiornika | TAK, podać |  |
|  | Filtry antybakteryjne – min. 5 szt. | TAK, podać |  |
|  | Dren silikonowy z łącznikiem do cewników - 4 m/zestaw, | TAK |  |
|  | Wózek na czterech kołach (dwa z blokadami) z dwoma szynami | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Pompa objętościowa na Blok porodowy sztuk 12**

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
|  | Zasilanie 230 V AC, 50 Hz oraz 12 V DC | TAK |  |
|  | Ochrona przed porażeniem, klasa I, typ CF, odporność na defibrylację | TAK |  |
|  | Ochrona przed zalaniem; min IP22 | TAK |  |
|  | Mechanizm zabezpieczający przed swobodnym przepływem grawitacyjnym składający się z dwóch elementów – jeden w pompie i jeden na drenie  | TAK |  |
|  | Możliwość odłączania detektora kropli | TAK |  |
|  | Możliwość wykrywania powietrza w drenie | TAK |  |
|  | Zakres szybkości dozowania min.0.1 – 1200 ml/h | TAK |  |
|  | Zakres szybkości podaży Bolus-a min.50 – 1200 ml/h | TAK |  |
|  | Bolus manualny i automatyczny (z zaprogramowaną dawką) | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany dawki Bolus-a bez wstrzymywania infuzji, bezpośrednio przed jego podażą | TAK |  |
|  | Możliwość ustawiania parametrów podaży dawki indukcyjnej (wysycającej) przed każdą infuzją:* dawka
* czas lub szybkość podaży
 | TAK |  |
|  | Programowanie parametrów infuzji w jednostkach:* ng, μg, mg, g
* mIU, IU, kIU,
* na kg wagi ciała lub nie,
* na min, godz. dobę.
* jednostki molowe
 | TAK |  |
|  | Klawiatura numeryczna do wprowadzania wartości parametrów infuzji |  |  |
|  | Możliwość wpisania do pompy min. 120 procedur dozowania leków złożonych min. z:* nazwy leku,
* rozcieńczenia leku,
* szybkości dawkowania w wymaganych jednostkach,
 | TAK |  |
|  | Możliwość stosowania oprogramowania komputerowego do tworzenia oraz przesyłania do pomp biblioteki leków | TAK |  |
|  | Regulowany próg ciśnienia okluzji w zakresie min 75-900 mm Hg  | TAK |  |
|  | Wykrywana okluzja między pojemnikiem a pompą |  |  |
|  | Zmiana progu ciśnienia okluzji bez przerywania infuzji. | TAK |  |
|  | Automatyczna funkcja antybolus po okluzji – zabezpieczenie przed podaniem niekontrolowanego bolusa po alarmie okluzji | TAK |  |
|  | Alarmy:* 5 min do końca podaży zaprogramowanej objętości
* podana zaprogramowana objętość
* przepływ za mały / za duży
* powietrze w drenie
* okluzja
* 30 min do rozładowania akumulatora
* akumulator rozładowany
* zanik zasilania sieciowego
* pompa uszkodzona
 | TAK |  |
|  | Historia infuzji – możliwość zapamiętania min. 1500 zdarzeń | TAK |  |
|  | Czas pracy z akumulatora min. 10 h przy infuzji 25 ml/h | TAK |  |
|  | Mocowanie pompy do statywów oraz stacji dokujących nie wymaga odłączania lub dołączania uchwytu mocującego lub jakichkolwiek innych części | TAK |  |
|  | Uchwyt do przenoszenia pompy nie wymagający odłączania przy mocowaniu pomp w stacjach dokujących. | TAK |  |
|  | Pompa wyposażona w wbudowany uchwyt do przenoszenia  | TAK |  |
|  | Możliwość komunikacji pomp umieszczonych w stacjach dokujących poprzez sieć LAN z oprogramowaniem zewnętrznym, służącym do:* podglądu przebiegu infuzji dla każdej pompy w formie graficznego wykresu (trendu),
* podglądu parametrów infuzji dla każdej pompy,
* prezentacji alarmów w pompach oraz wyświetlania ich przyczyny,
* archiwizacji informacji o przeprowadzonych infuzjach.
 | TAK |  |
|  | Zasilanie pomp mocowanych poza stacją dokującą bezpośrednio z sieci energetycznej  | TAK |  |
|  | Napisy na wyświetlaczu w języku polskim | TAK |  |
|  | Duży i czytelny wyświetlacz z możliwością wyświetlenia następujących informacji jednocześnie:- Nazwa leku- Dawka- Szybkość infuzji- Stan naładowania akumulatora- Aktualne ciśnienie w drenie- Stan infuzji (w toku lub zatrzymana) | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Waga do 2.5 kg | TAK |  |
|  | Możliwość stosowania drenów do podaży:- leków standardowych, płynów infuzyjnych i żywienia pozajelitowego,- leków światłoczułych,- krwi i preparatów krwiopochodnych,- cytostatyków (zestawy nie zawierające DEHP oraz latexu) | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

1. **Diatermia 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** |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V 50 Hz | TAK |  |
|  | Podstawowa częstotliwość pracy min. 300-350 kHz | TAK/podać |  |
|  | Moc maksymalna cięcia monopolarnego nie mniejsza niż 300W – dla każdego dostępnego efektu hemostatycznego | TAK, podać |  |
|  | Moc maksymalna koagulacji monopolarnej każdego, wymaganego rodzaju nie mniejsza niż 120W  | TAK, podać |  |
|  | Minimum osiem rodzajów prądów cięcia monopolarnego różniących sie efektem hemostatycznym | TAK, podać |  |
|  | Minimum cztery rodzaje koagulacji monopolarnej: łagodna, intensywna, preparująca, natryskowa | TAK, podać |  |
|  | Regulacja nastaw mocy wszystkich w/w funkcji z krokiem 1W w całym zakresie pracy | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji intensywności koagulacji monopolarnej w skali min. 2-stopniowej dla każdego, dostępnego rodzaju (nie dotyczy regulacji mocy) przez panel sterujący | TAK, opisać |  |
|  | 2 gniazda wyjściowe, z których dostępne będą wszystkie funkcje monopolarne; gniazda w standardzie koncentrycznym Φ5mm i 3-pinowe | TAK |  |
|  | Moc maksymalna koagulacji bipolarnej nie mniejsza niż 120W  | TAK, podać |  |
|  | Funkcja automatycznej aktywacji koagulacji bipolarnej w chwili kontaktu instrumentu z tkanką (tzw. auto-start) z możliwością łatwej regulacji czasu zwłoki przez użytkownika | TAK, opisać |  |
|  | Funkcja automatycznej dezaktywacji koagulacji bipolarnej po skutecznym skoagulowaniu tkanki | TAK |  |
|  | Regulacja nastaw mocy wszystkich funkcji bipolarnych z krokiem 1W w całym zakresie pracy | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji intensywności koagulacji bipolarnej (nie dotyczy regulacji mocy) w skali 8-stopniowej; regulacja przez panel sterujący | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość uruchamiania funkcji mono- i bipolarnej przy użyciu jednego włącznika nożnego | TAK |  |
|  | Gniazdo wyjściowe bipolarne w standardzie koncentrycznym Φ4mm i 2-pinowym | TAK |  |
|  | Panel sterujący aparatu wyposażony w ekran do komunikacji z użytkownikiem | TAK |  |
|  | Komunikaty i powiadomienia wyświetlane na ekranie w jęz. polskim | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w układy monitorujące jakość połączenia elektrody neutralnej z ciałem pacjenta; sygnalizacja stanów zagrażających zdrowiu pacjenta | TAK, opisać |  |
|  | Czytelna informacja o aktualnym stanie połączenia elektrody ze skórą pacjenta (wizualna – w postaci np. linijki i liczbowa – dane o rezystancji połączenia) | TAK, opisać |  |
|  | Podstawowy testy w trybie serwisowym umożliwiające pełniejsze diagnozowanie uszkodzeń, podanie kodów błędów | TAK, opisać |  |
|  | Sygnalizacja błędów w pracy aparatury lub błędów obsługi, automatyczne odłączenie mocy wyjściowej w razie wystąpienia błędu krytycznego | TAK, opisać |  |
|  | Układy kontroli:- prawidłowej aplikacji elektrody neutralnej względem elektrody czynnej- prawidłowego przylegania całej elektrody do skóry pacjenta,- układ kontroli czasu aktywacji | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość programowania – min. 8 pozycji w pamięci aparatu | TAK |  |
|  | Wielorazowy uchwyt monopolarny z przyciskami i kablem - 4 szt. (rozłączne) do elektrod śr. trzpienia 4mm | TAK |  |
|  | Elektroda monopolarna nożowa, prosta – 5 szt. | TAK |  |
|  | Elektroda monopolarna lancetowa, prosta – 5 szt. | TAK |  |
|  | Elektroda monopolarna igłowa, prosta – 5 szt. | TAK |  |
|  | Elektroda monopolarna kulkowa śr. 4mm, prosta – 2 szt. | TAK |  |
|  | Przedłużka do elektrod monopolarnych dł. 8-10cm, 1 szt.  | TAK |  |
|  | Pinceta bipolarna dł. 19±1cm z kablem – 2 kpl. | TAK |  |
|  | Elektroda neutralna jednorazowa, symetrycznie dzielona, wyposażona w zewnętrzny pierścień rozpraszający energię odizolowany od obu połówek elektrody – 200 szt. | TAK |  |
|  | Elektroda neutralna niedzielona wielorazowa, powierzchnia min. 500cm2 wraz z kablem – 1 szt. | TAK |  |
|  | Kabel do przyłączania elektrod neutralnych, wielorazowy – 2 szt. | TAK |  |
|  | Podwójny włącznik nożny | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

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

**8. Glukometr 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** |
| 1 | Wyświetlacz: duży, podświetlany ekran LCD | TAK |  |
| 2 | Przypomnienie o konieczności wykonania testu poposiłkowego (1 lub 2 godziny po posiłku) | TAK |  |
| 3 | Pomiar powinien być wykonywany przy temperaturze powietrza: od +6oC do 44oC | TAK |  |
| 4 | Glukometr przystosowany do przechowywany w miejscu, gdzie temperatura powietrza wynosi: od -25oC do 70oC | TAK |  |
| 5 | Pomiar wykonywany przy wilgotności powietrza min.: 10% -90% | TAK |  |
| 6 | Pojemność pamięci min.: 500 wyników | Podać |  |
| 7 | Wymiary (+/- 5%): 43 x 69 x 20 mm | Podać |  |
| 8 | Waga (+/- 5%):: 40 g z bateriami | TAK |  |
| 9 | Zasada pomiaru: pomiar elektrochemiczny | TAK |  |
| 10 | Okres gwarancji | Podać min. 12 miesięcy |  |

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

**9.Aparat do pomiaru ciśnienia sztuk 12**

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
| 1 | Ciśnieniomierz ręczny | TAK |  |
| 2 | Manometr zegarowy | TAK |  |
| 3 | Średnica tarczy manometru min. 50mm | TAK, podać |  |
| 4 | Zakres pomiarowy min. 0 – 300 mmHg | TAK, podać |  |
| 5 | Manometr zintegrowany z pompką i zaworem | TAK |  |
| 6 | Gwarancja kalibracji min. 5 lat | TAK, podać |  |
| 7 | Odporność na wstrząsy | TAK |  |
| 8 | Odporność na upadek na twarde podłoże z wys. min. 70cm | TAK, podać |  |
| 9 | Mankiet dla dorosłych w komplecie | TAK |  |
| 10 | Zatyczka mankietu stosowana podczas dezynfekcji w komplecie | TAK |  |
| 11 | Zawór spustowy  | TAK |  |
| 12 | Okres gwarancji | Podać min. 12 miesięcy |  |

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

1. **Termometr bezdotykowy sztuk 12**

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
| 1 | Termometr do pomiaru temperatury m.in. na czole, temperatury otoczenia  | TAK |  |
| 2 | Czas pomiaru w czasie: 0,5 do 1,0 sekundy   | TAK, podać |  |
| 3 | Podświetlany wyświetlacz cyfrowy LCD | TAK |  |
| 4 | Wybór trybu pomiaru temperatury na czole lub powierzchni przedmiotów o temperaturze niższej niż 110°C i emisyjności równej 0,95. | TAK |  |
| 5 | Dwa tryby pomiaru temperatury: skala Fahrenheita i Celsjusza, do wyboru. | TAK |  |
| 6 | Funkcja pamięci z zachowaniem wartości min. 50 ostatnich wyników pomiaru. | TAK |  |
| 7 | Zakres pomiaru: temperatura ciała min.: 35,5°C – 42,9°C / 95,9°F – 109,2°F (+- 2°) | TAK |  |
| 8 | Zakres pomiaru: temperatura powierzchni min.: 0,0°C – 118,0°C / 32,0°F – 244,4°F. (+- 2°) | TAK |  |
| 9 | Margines błędu pomiaru: w standardowych warunkach otoczenia nie gorszy niż: +0,2°C. | TAK |  |
| 10 | Odległość od miejsca dokonywania pomiaru na czole z zakresu: 3cm – 5cm. | TAK |  |
| 11 | Odległość do miejsca dokonywania pomiaru temperatury wybranej powierzchni co najmniej: 5cm – 4m  | TAK |  |
| 12 | Okres gwarancji | Podać min. 12 miesięcy |  |

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

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

*miejscowość i data podpis i pieczątka upoważnionego*

*przedstawiciela wykonawcy*