**Załącznik nr 1** do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia z dnia 20.03.2018 r.

 **Załącznik nr 1** do Umowy z dnia ………………...2017 r.

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

**Część 1A**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Producent (pełna nazwa, adres)** | **Nazwa handlowa** | **Model/typ/ numer katalogowy** | **Ilość** | **Wartość brutto**  |
| **Generator ultradźwiękowy**  |  |  |  | **1** | Kwota brutto: …………………………………………… |
|  | **OPIS PARAMETRU, FUNKCJI** | **sztuk** | **WYMOGI GRANICZNE TAK/NIE** | **ODPOWIEDŹ OFERENTA TAK/NIE****(niepotrzebne skreślić)** |
| 1 | Generator przeznaczony do pracy z przetwornikami piezoelektrycznymi oraz ultradźwiękowymi narzędziami chirurgicznymi przeznaczonymi do cięcia i koagulacji tkanki miękkiej w chirurgii laparoskopowej i ogólnej (otwartej) , jak również w chirurgii endoskopowej, ginekologicznej. | **1** | **TAK** |  |
| 2 | Częstotliwość pracy generatora 23,5kHz/47kHz. W zestawie: kabel sieciowy i przełącznik nożny. Moc wyjściowa 100 W. Częstotliwość pracy: aspiracja - 23,5kHz; koagulacja i cięcie - 47kHz.  | **x** | **TAK** |  |
| 3 | Funkcja uruchamiania zaworu wymiany dymu w insuflatorze przy aktywacji noża harmonicznego. | **x** | **TAK** |  |
| 4 | Sterowanie poprzez przełącznik nożny z dwoma przyciskami: jeden do aplikacji 100% mocy, drugi do aplikacji mocy ustawionej na generatorze oraz zamiennie, przez przełącznik ręczny z dwoma przyciskami, jeden do aplikacji 100% mocy, drugi do aplikacji mocy ustawionej na generatorze. | **x** | **TAK** |  |
| 6 | Współpraca generatora i przetwornika ultradźwiękowego z wielorazowymi, autoklawowalnymi narzędziami do zabiegów laparoskopowych i do chirurgii klasycznej. | **x** | **TAK** |  |
| 7 | Generator wyposażony w moduł komunikacyjny umożliwiający komunikację urządzenia z centralnym systemem/siecią bloku operacyjnego. Przecinanie i koagulacja tkanki stanowią jedną czynność. | x | **TAK** |  |
| 8 | Generator wyposażony w funkcję monitorowania poprawności działania przetwornika piezoelektrycznego oraz transmisji ultradźwięku. Sygnalizacja akustyczna, wizualna oraz przerwanie pracy generatora w razie nieprawidłowości w działaniu. | **x** | **TAK** |  |
| 9 | Generator wyposażony w funkcję czuwania tzw. Stand-by aktywowaną z panelu przedniego generatora. | **x** | **TAK** |  |
|  | **MATERIAŁY EKSPLOATACYJNE WIELORAZOWE** |  |  |  |
| 10 | Autoklawowalny, wielorazowy przetwornik piezoelektryczny do narzędzi o średnicy 5mm. | 1 | **TAK** |  |
| 11 | Autoklawowalny, wielorazowy kabel łączący przetwornik z końcówką roboczą. | **1** | **TAK** |  |
| 12 | Taca do sterylizacji nożyczek ultradźwiękowych i osprzętu, o wymiarach zewnętrznych 665 x 65 x 204mm; w zestawie półprzezroczysta pokrywa do tacy z zatrzaskami. | **1** | **TAK** |  |
| 13 | Wielorazowe autoklawowalne nożyczki ultradźwiękowe długie, zakrzywione, średnica 5mm, długość 340mm, uchwyt pistoletowy, do laparoskopii. Z możliwością podłączenia źródła prądu monopolarnego.  | **2** | **TAK** |  |
| 15 | Wielorazowe autoklawowalne nożyczki ultradźwiękowe, zakrzywione, średnica 5mm, długość 88-90mm, uchwyt nożycowy, do chirurgii tarczycy. Z możliwością podłączenia źródła prądu monopolarnego.  | **1** | **TAK** |  |
| 16 | Autoklawowalny, wielorazowy klucz dynamometryczny do narzędzi o średnicy 5mm. Wykonany z metalu. | **1** | **TAK** |  |
| 17 | Sterylizacja narzędzi w autoklawie 134°C, 5 minut | **x** | **TAK** |  |
| 18 | Adapter do czyszczenia narzędzi o średnicy 5mm | **1** | **TAK** |  |
|  | Rok produkcji nie starszy niż 2016 |  | **Tak**  |  |
| 19 | **DODATKOWE WYMAGANIA** * gwarancja min. 24 miesiące,
* czas reakcji w następnym dniu roboczym, naprawa w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
* w przypadku niemożności wykonania naprawy w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia, Wykonawca dostarczy Zamawiającemu urządzenie zastępcze, o parametrach co najmniej uszkodzonego, w następnym dniu roboczym po upływie tego terminu,
* Gwarancja obejmuje wszystkie części.
* Naprawa będzie wykonywana w razie możliwości w siedzibie Zamawiającego.
* Wykonawca zobowiązany jest do samodzielnego przeprowadzenia ewentualnej diagnostyki sprzętu.
* Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 5 lat po upływie gwarancji
* Możliwość zgłaszania usterek 24 h/dobę za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji statusu zgłoszenia gwarancyjnego i naprawy za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji gwarancji bezpośrednio z sieci Internet za pośrednictwem witryny internetowej lub e-mail lub infolinii producenta/dostawcy (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)

Serwis urządzeń musi być realizowany przez Producenta lub Autoryzowanego Partnera Serwisowego Producenta | TAK, podać długość gwarancji **i numery kontaktowe** |  |

**Oświadczenie Wykonawcy:**

Zamawiający informuje, że powyższe warunki graniczne stanowią wymagania odcinające. Nie spełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane powyżej urządzenie jest seryjnie produkowane zgodnie z normami obowiązującymi dla tego typu urządzeń, i w określonym w SIWZ terminie będą dostarczone kompletne, fabrycznie nowe, i po zainstalowaniu oraz uruchomieniu będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem, bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych. Wykonawca potwierdza również, że zobowiązuje się w cenie niniejszego zamówienia przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego instruktaż dla wyznaczonych przez Zamawiającego pracowników dotyczący obsługi zaoferowanego produktu. Instruktaż z obsługi przedmiotu zamówienia winien odbyć się w terminie uzgodnionym z Zamawiającym w terminie wyznaczonym na dostarczenie przedmiotowego urządzenia.

Składając ofertę Wykonawca potwierdza, że zaoferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu na terytorium RP, posiada wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełnia wszelkie wymagane przez przepisy prawa wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi.

Miejscowość i data:………………..

…………………………………

podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

**Część 2B**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |
| **Przedmiot zamówienia** | **Producent (pełna nazwa, adres)** | **Nazwa handlowa** | **Model/typ/ numer katalogowy** | **Ilość** | Wartość brutto  |
| **System nadzoru okołoporodowego KTG**  |  |  |  | **1 szt. (Zestaw)** | Kwota brutto: …………………………………………… |
|  | **OPIS PARAMETRU, FUNKCJI** | **WYMOGI GRANICZNE TAK/NIE** | **ODPOWIEDŹ OFERENTA TAK/NIE****(niepotrzebne skreślić)** |
|  | **Kardiotokograf (ciąża pojedyncza) szt. 3** |  |  |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe |  **TAK** | **TAK/NIE** |
| 2 | Zakres pomiarowy US min. 50 -210 bpm |  **TAK**  | **TAK/NIE** |
| 3 | Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności serca płodu | **TAK** |  |
| 4 | Częstotliwość pracy ≤1,2 MHz | **TAK** |  |
| 5 | Wartość natężenia emitowanej fali US dla przetwornika ≤ 5 mW/cm2 |  **TAK** |  |
| 6 | Znacznik zdarzeń | **TAK** |  |
| 7 | Alarmy utraty sygnału, wysokiego i niskiego tętna płodu, granice alarmów definiowane przez użytkownika | **TAK** |  |
| 8 | Automatyczne monitorowanie ruchów płodu | **TAK** |  |
| 9 | Wbudowana drukarka termiczna | **TAK** |  |
| 10 | Możliwość pracy drukarki z prędkościami 1, 2, 3 cm/min | **TAK** |  |
| 11 | Dostęp do najczęściej stosowanych funkcji za pomocą przycisków bezpośredniego dostępu na panelu przednim: regulacja głośności sygnałów dźwiękowych (dla każdego płodu osobno), zerowanie Toco (napięcie spoczynkowe), wyciszenie alarmów, znacznik zdarzeń dla personelu, wysuw papieru | **TAK** |  |
| 12 | Współpraca z telemetrią płodową KTG | **TAK** |  |
| 13 | Prezentacja cyfrowej wartości FHR i Toco | **TAK** |  |
| 14 | Wodoszczelność przetworników (głowic) | **TAK** |  |
| 15 | Możliwość podłączenia stymulatora akustycznego płodu | **TAK** |  |
| 16 | Dwa gniazda RS-232 (do podłączenia systemu i urządzeń zewnętrznych) | **TAK** |  |
| 17 | Współpraca z oferowanym systemem nadzoru okołoporodowego  | **TAK** |  |
|  | **Wyposażenie** | **TAK** |  |
| 18 | przetwornik Toco (1 sztuka) | **TAK** |  |
| 19 | przetworniki Cardio (1 sztuka) | **TAK** |  |
| 20 | znacznik ruchów płodu dla pacjentki | **TAK** |  |
| 21 | wózek pod KTG | **TAK** |  |
| 22 | Waga kardiotokografu z drukarką < 4 kg.  | **TAK** |  |
| 23 |  System nadzoru okołoporodowego (wersja dla 4 stanowisk nadzoru okołoporodowego)Wyposażenie:- 1 stanowisko monitorujące (oprogramowanie, komputer PC, monitor, drukarka laserowa)- oprogramowanie w języku polskim- kompatybilność oferowanego systemu z oferowanymi aparatami KTG- bezprzewodowa komunikacja systemu z aparatami KTG na wszystkich stanowiskach nadzoru okołoporodowego (4 stanowiska)- automatyczna analiza zapisu (wyznaczenie linii podstawowej częstości uderzeń serca płodu, rozpoznawanie akceleracji, deceleracji, ocena zmienności FHR w ujęciu długo i krótkoterminowym oraz identyfikacja skurczów macicy, STV) i możliwość dopasowania kryteriów oceny i progów alarmowych przez użytkownika oraz wykonania jej reanalizy.- alarmowanie o wykrytych nieprawidłowościach- wyniki analizy pokazywane w czasie monitorowania on-line graficznie na przesuwających się krzywych kardiotokograficznych: FHR i Toco (skurcze, deceleracje, akceleracje, STV) - możliwość graficznej prezentacji wyników analizy w postaci znaczników na tle przesuwających się krzywych KTG, zarówno na ekranie zawierającym przegląd zapisów na wszystkich monitorowanych łóżkach, jak i ekranie szczegółowego podglądu przesuwających się krzywych KTG dla wybranego łóżka- możliwość wyznaczenia dodatkowych parametrów na podstawie analizy elektrohisterogramu, wspomagających diagnostykę zagrożenia porodem przedwczesnym (przy współpracy z elektrokardiografem płodowym, rejestrującym metodą elektryczną czynność skurczową mięśnia macicy).- współpraca z elektrokardiografem płodowym inwazyjnym i nieinwazyjnym- archiwizacja zapisów i wyników analizy w pamięci na okres min. 20 lat- wyznaczanie procentowego udziału typów oscylacji: milczącej, zawężonej, falującej i skaczącej- identyfikacja typu skurczów macicy- możliwość rozbudowy o kolejne stanowiska monitorujące- możliwość rozbudowy o stanowiska podglądowe | **TAK** |  |
| 24 | Rok produkcji nie starszy niż 2017 |  |  |
| 26 | * DODATKOWE WYMAGANIA - gwarancja - min. 36 miesięcy na KTG- gwarancja – min. 24 miesiące na system nadzoru okołoporodowego - czas reakcji w następnym dniu roboczym, naprawa w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
* w przypadku niemożności wykonania naprawy w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia, Wykonawca dostarczy Zamawiającemu urządzenie zastępcze, o parametrach co najmniej uszkodzonego, w następnym dniu roboczym po upływie tego terminu,
* Gwarancja obejmuje wszystkie części.
* Naprawa będzie wykonywana w razie możliwości w siedzibie Zamawiającego.
* Wykonawca zobowiązany jest do samodzielnego przeprowadzenia ewentualnej diagnostyki sprzętu.
* Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 5 lat po upływie gwarancji
* Możliwość zgłaszania usterek 24 h/dobę za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji statusu zgłoszenia gwarancyjnego i naprawy za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji gwarancji bezpośrednio z sieci Internet za pośrednictwem witryny internetowej lub e-mail lub infolinii producenta/dostawcy (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)

Serwis urządzeń musi być realizowany przez Producenta lub Autoryzowanego Partnera Serwisowego Producenta | TAK, podać długość gwarancji **i numery kontaktowe** |  |

 |  |  |  | podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy |  |  |

 |

**Oświadczenie Wykonawcy:**

Zamawiający informuje, że powyższe warunki graniczne stanowią wymagania odcinające. Nie spełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane powyżej urządzenie jest seryjnie produkowane zgodnie z normami obowiązującymi dla tego typu urządzeń, i w określonym w SIWZ terminie będą dostarczone kompletne, fabrycznie nowe, i po zainstalowaniu oraz uruchomieniu będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem, bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych. Wykonawca potwierdza również, że zobowiązuje się w cenie niniejszego zamówienia przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego instruktaż dla wyznaczonych przez Zamawiającego pracowników dotyczący obsługi zaoferowanego produktu. Instruktaż z obsługi przedmiotu zamówienia winien odbyć się w terminie uzgodnionym z Zamawiającym w terminie wyznaczonym na dostarczenie przedmiotowego urządzenia.

Składając ofertę Wykonawca potwierdza, że zaoferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu na terytorium RP, posiada wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełnia wszelkie wymagane przez przepisy prawa wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi.

Miejscowość i data:………………..

…………………………………

podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część 3C**

|  |
| --- |
|  |
| **Przedmiot zamówienia** | **Producent (pełna nazwa, adres)** | **Nazwa handlowa** | **Model/typ/ numer katalogowy** | **Ilość** | Wartość brutto  |
| **Aparat do znieczulenia** |  |  |  | **1 szt.**  | Kwota brutto: …………………………………………… |
|  | **OPIS PARAMETRU, FUNKCJI** | **WYMOGI GRANICZNE TAK/NIE** | **ODPOWIEDŹ OFERENTA TAK/NIE****(niepotrzebne skreślić)** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe |  **TAK** | **TAK/NIE** |
|  | Zasilanie 230 V 50 Hz | TAK | **TAK/NIE** |
|  | Waga aparatu max. 150 kg | TAK |  |
|  | Wbudowany blat do pisania  | TAK |  |
|  | Zintegrowane z aparatem oświetlenie przestrzeni roboczej | TAK |  |
|  | Min. 3 szuflady na akcesoria | TAK |  |
|  | Mobilny aparat, cztery koła jezdne, min. dwa koła z hamulcami | TAK |  |
|  | Fabryczny uchwyt 10 l butli rezerwowych zgodnych z PN, tlenowej i podtlenku azotu na tylnej ścianie aparatu | TAK |  |
|  | Min. 4 dodatkowe gniazda elektryczne 230V umożliwiające podłączenie dodatkowych urządzeń | TAK |  |
|  | Zasilanie gazowe (N2O, O2, powietrze) z sieci centralnej | TAK |  |
|  | Awaryjne zasilanie gazowe z butli (N2O, O2), reduktory (bez butli) w komplecie | TAK |  |
|  | Manometry dotyczące ciśnienia z sieci centralnej oraz osobne dla butli rezerwowych na panelu przednim aparatu | TAK |  |
|  | Zasilanie awaryjne aparatu na min. 80 minut; akumulator doładowywany w czasie pracy; wskaźnik poziomu naładowania na ekranie respiratora | TAK |  |
|  | Szyna na dodatkowe akcesoria z boku aparatu | TAK |  |
|  | Uchwyty 2 parowników mocowanych jednocześnie – system Selectatec | TAK |  |
|  | Blokada uniemożliwiająca jednoczesną podaż dwóch środków wziewnych jednocześnie | TAK |  |
|  | **System dystrybucji gazów**  | **TAK** |  |
|  | Precyzyjne przepływomierze elektroniczne dla tlenu, podtlenku azotu, powietrza. Wyświetlanie wartości przepływów w postaci elektronicznej lub tzw. wirtualnych przepływomierzy. Zakres min. tlen, powietrze: 0-15 l/min; N2O: 0-12 l/min | **TAK** |  |
|  | System automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej z podtlenkiem azotu na poziomie min. 25% | **TAK** |  |
|  | Elektroniczny mieszalnik świeżych gazów zapewniający stałe stężenie tlenu przy zmianie wielkości przepływu świeżych gazów | **TAK** |  |
|  | Funkcja ekonometru (optymalizatora) znieczulenia | **TAK** |  |
|  | Dostosowanie do znieczulania z niskimi przepływami: ustawianie przepływu świeżych gazów od min. 200 ml/min | **TAK** |  |
|  | **Układ oddechowy** |  |  |
|  | Układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci | **TAK** |  |
|  | Układ oddechowy fabrycznie podgrzewany | **TAK** |  |
|  | Możliwość podłączenia układów bezzastawkowych, osobne wyjście bez konieczności rozłączania układu okrężnego |  **TAK** |  |
|  | Obejście tlenowe (bypass tlenowy) o wydajności min. 50 l/min. | **TAK** |  |
|  | Dodatkowy, zintegrowany z aparatem niezależny przepływomierz O2 do podaży na maskę lub wąsy tlenowe, zakres: 0-12 l/min | **TAK** |  |
|  | Ciśnieniowa zastawka bezpieczeństwa | **TAK** |  |
|  | Pochłaniacz dwutlenku węgla o budowie przeziernej o pojemności min. 1,5 l. Możliwość wymiany pochłaniacza w czasie pracy bez rozszczelnienia układu. Sygnalizacja odłączenia pochłaniacza. | **TAK** |  |
|  | Możliwość stosowania zamiennych pochłaniaczy wielorazowych i jednorazowych podczas znieczulenia bez rozszczelnienia układu i bez konieczności użycia narzędzi | **TAK** |  |
|  | Wizualizacja zastawek wdechowej i wydechowej w układzie okrężnym. Możliwość demontażu do czyszczenia i sterylizacji.  | **TAK** |  |
|  | Eliminacja gazów anestetycznych poza salę operacyjną | **TAK** |  |
|  | Respirator anestetyczny napędzany pneumatycznie, sterowany mikroprocesorowo | **TAK** |  |
|  | **Tryby wentylacji** | **TAK** |  |
|  | Możliwość prowadzenia wentylacji ręcznej natychmiast po przełączeniu z wentylacji mechanicznej przy pomocy dźwigni | **TAK** |  |
| 33. | Wentylacja kontrolowana objętością VCV | **TAK** |  |
| 34. | Wentylacja kontrolowana ciśnieniem PCV | **TAK** |  |
| 35. | Wentylacja w trybie SIMV ze wspomaganiem PS | **TAK** |  |
| 36. | Tryb wentylacji PSV z zabezpieczeniem na wypadek bezdechu | **TAK** |  |
| 37. | Wentylacja w trybie kontrolowanym ciśnieniem z gwarantowaną objętością: PCV-VG | **TAK** |  |
|  | **Regulacje** |  |  |
| 38. | Dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe PEEP (podać zakres) min. 3 do 30 cmH2O | **TAK** |  |
| 39. | Reg. Stosunku wdechu do wydechu – podać zakres, min 4:1 do 1:8 | **TAK** |  |
| 40. | Reg. częstości oddechu (podać zakres) min 4 do 90 odd./min | **TAK** |  |
| 41. | Reg. ciśnienia wdechowego od min 5 do 65 cmH2O | **TAK** |  |
| 42. | Reg. ciśnienia wspomagania od min 3 do 60 cmH2O | **TAK** |  |
| 43. | Reg. objętości oddechowej (podać zakres) min: 20 – 1500 ml | **TAK** |  |
| 44. | Regulacja czasu wdechu od min 0,3 do 5 sek. | **TAK** |  |
| 45. | Reg. pauzy wdechowej w zakresie min 5-60% | **TAK** |  |
| 46. | Reg. czułości wyzwalania w zakresie min. 0,5 - 15 l/min | **TAK** |  |
| 47. | Reg. czułości wyzwalania ciśnieniowego w zakresie min. 1 - 15 cmH2O | **TAK** |  |
|   | **Alarmy** |  |  |
|  48. | Alarm niskiej i wysokiej objętości minutowej MV | TAK,  |  |
| 49. | Alarm niskiej i wysokiej objętości pojedynczego oddechu TV | **TAK** |  |
| 50. | Alarm niskiej i wysokiej częstości oddechów f | **TAK** |  |
| 51. | Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego | **TAK** |  |
| 52. | Alarm braku zasilania w energię elektryczną | **TAK** |  |
| 53. | Alarm Apnea | **TAK** |  |
| 54. | Alarm minimalnego i maksymalnego stężenia tlenu | **TAK** |  |
| 55. | Alarm nieprawidłowego montażu lub odłączonego pochłaniacza CO2 | **TAK** |  |
| 56. | Automatyczny zapis z możliwością łatwego odczytu min. 100 ostatnich komunikatów o alarmach i błędach | **TAK** |  |
|  | **Pomiar i obrazowanie** |  |  |
| 57. | Pomiar objętości oddechowej TV | **TAK** |  |
| 58. | Pomiar objętości minutowej MV | **TAK** |  |
| 59. | Pomiar częstotliwości oddechowej f | **TAK** |  |
| 60. | Pomiar I:E (wartość cyfrowa) | **TAK** |  |
| 61. | Ciśnienia szczytowego (wartość cyfrowa) | **TAK** |  |
| 62. | Ciśnienia Plateau (wartość cyfrowa) | **TAK** |  |
| 63. | Ciśnienia średniego (wartość cyfrowa) | **TAK** |  |
| 64. | Ciśnienia PEEP (wartość cyfrowa) | **TAK** |  |
| 65. | Krzywa ciśnienia i krzywa przepływu w funkcji czasu wyświetlane na ekranie aparatu przy wentylacji mechanicznej i ręcznej | **TAK** |  |
| 66. | Wyświetlanie pętli oddechowych: ciśnienie/objętość, przepływ/objętość, ciśnienie/przepływMożliwość zapisania pętli referencyjnej i zapamiętania min. 4 wyświetlonych pętli spirometrycznych.Pomiar z wyświetlaniem oporów i podatności dróg oddechowych | **TAK** |  |
| 67. | Wyświetlanie całkowitego przepływu oraz stężenia tlenu świeżych gazów | **TAK** |  |
| 68. | Kolorowy ekran respiratora, przekątna min. 15’’, wbudowany w korpus aparatu o rozdzielczości min. 1024x768 | **TAK** |  |
| 69. | Obsługa respiratora za pomocą pokrętła funkcyjnego i ekranu dotykowego | **TAK** |  |
| 70. | Automatyczna kompensacja dopływu świeżych gazów w trakcie pracy | **TAK** |  |
| 71. | Pomiar podatności układu oddechowego wraz z automatyczną kompensacją w czasie pracy | **TAK** |  |
| 72. | Trendy graficzne i tabelaryczne min. dla TVe, MV, Ppeak, Plateau, PEEP, Pmean, f, EtCO2, FiO2. Trendy z min. 24 godz. | **TAK** |  |
| 73. | Stale wyświetlana na ekranie aparatu aktualna data i czas oraz wbudowany stoper umożliwiający monitorowanie czasu trwania zabiegu | **TAK** |  |
|  | **Kapnografia z analizą gazów anestetycznych i pomiarem stężenia tlenu (moduł aparatu)** |  |  |
| 74. | Pomiar stężenia CO2 (wdechowe i wydechowe) | **TAK** |  |
| 75. | Pomiar stężenia tlenu (wdechowe i wydechowe) za pomocą czujnika paramagnetycznego. Nie dopuszcza się czujników galwanicznych. | **TAK** |  |
| 76. | Monitorowane gazy anestetyczne: izofluran, enfluran, sewofluran, desfluran (automatyczna identyfikacja środka) | **TAK** |  |
| 77. | Wyświetlanie krzywej kapnograficznej  | **TAK** |  |
| 78.  | Obliczanie i wyświetlanie wartości MAC z uwzględnieniem wieku pacjenta | **TAK** |  |
|  | **INNE** |  |  |
| 79. | Wbudowany w aparat ssak injektorowy z regulacją siły ssania, napędzany powietrzem z butlą wielorazowego użytku o pojemności min 1,0 l. | **TAK** |  |
| 80. | Komunikacja całego systemu z użytkownikiem w języku polskim | **TAK** |  |
| 81. | Aparat i monitor, jednego producenta, kompatybilność modułowa (możliwość wykorzystania modułów aparatu w monitorze z wyświetlaniem parametrów dotyczących np. stężeń gazów i BIS) | **TAK** |  |
| 82. | Instrukcja Obsługi w języku polskim | **TAK** |  |
|  | **MONITOR PACJENTA** |  |  |
| 83. | Monitor przystosowany do pracy w standardowej sieci Ethernet  | **TAK** |  |
| 84. | Modułowa budowa systemu - moduły parametrowe wymienialne przez użytkownika bez udziału serwisu. Nie dopuszcza się monitora kompaktowego. | **TAK** |  |
| 85. | Komunikacja moduły - jednostka centralna poprzez złącze podczerwieni | **TAK** |  |
| 86. | Kolorowy, zintegrowany w jednej obudowie z jednostką centralną i miejscami parkingowymi na moduły, ekran LCD TFT o przekątnej min. 17”.Monitor wyposażony w ekran dotykowy oraz pokrętło sterujące. | **TAK** |  |
| 87. | Ilość kanałów dynamicznych – co najmniej 8 | **TAK** |  |
| 88. | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | **TAK** |  |
| 89. | Przyciski szybkiego dostępu do menu obsługi poszczególnych mierzonych parametrów na obudowach ich modułów pomiarowych | **TAK** |  |
| 90. | Trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich mierzonych parametrów, min. 120 godz. | **TAK** |  |
| 91. | Zapamiętywanie krzywych dynamicznych w czasie rzeczywistym (full disclosure), min. 12 godz. | **TAK** |  |
| 92. | Zapamiętywanie odcinków krzywych dynamicznych związanych z sytuacjami alarmowymi – co najmniej 100 | **TAK** |  |
| 93. | Funkcja obliczeń hemodynamicznych | **TAK** |  |
| 94. | Funkcja obliczania dawkowania leków (kalkulator lekowy) | **TAK** |  |
| 95. | Funkcja obliczeń parametrów nerkowych | **TAK** |  |
| 96. | Zasilanie monitora 230V/50Hz | **TAK** |  |
| 97. | Wbudowane zasilanie akumulatorowe pozwalające na co najmniej 120 minut pracy | **TAK** |  |
| 98. | Możliwość rozbudowy systemu o moduły: inwazyjny pomiar ciśnienia (do 4 wejść), inwazyjny pomiar rzutu minutowego, nieinwazyjny ciągły rzut minutowy serca, BIS | **TAK** |  |
|  | **Pomiar EKG/ST/Resp** |  |  |
| 99. | 7-odprowadzeniowe EKG – moduł wyposażony w przewód EKG z 5. końcówkami EKG  | **TAK** |  |
| 100. | Pomiar częstości pracy serca w zakresie co najmniej 20 do 250 B/min | **TAK** |  |
| 101. | Pomiar częstości oddechu w zakresie co najmniej od 6 od 120 R/min | **TAK** |  |
| 102. | Analiza odchylenia odcinka ST | **TAK** |  |
| 103 | Analiza arytmii - ilość wykrywanych kategorii zaburzeń rytmu, min. 10 | **TAK** |  |
|  | **Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną** |  |  |
| 104. | Wyświetlanie wartości ciśnień skurczowego, rozkurczowego i średniego | **TAK** |  |
| 105. | Tryb pracy ręczny  | **TAK** |  |
| 106. | Tryb pracy automatyczny – odstępy pomiarowe co najmniej od 3 do 360 minut | **TAK** |  |
| 107. | Mankiety duży, średni i mały dla dorosłych. Mankiet pediatryczny. Przewód łączący mankiet z modułem | **TAK** |  |
|  | **Pomiar saturacji i pletyzmografia** |  |  |
| 108. | Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości saturacji i częstości pulsu | **TAK** |  |
| 109. | Dźwięk sygnalizujący wykrycie pulsu o zmiennej charakterystyce zależnej od wartości saturacji | **TAK** |  |
| 110. | Czujnik pomiarowy dla dzieci i dorosłych na palec  | **TAK** |  |
|  | **Pomiar temperatury (dwa kanały)** |  |  |
| 111. | Wyświetlanie wartości temperatur w dwóch punktach ciała  | **TAK** |  |
| 112. | Wyświetlanie wartości temperatury różnicowej | **TAK** |  |
| 113. | Czujnik temperatury powierzchniowy | **TAK** |  |
|  | **Pomiar ciśnienia inwazyjnego (dwa kanały)** |  |  |
| 114. | Wyświetlanie krzywej ciśnienia  | **TAK** |  |
| 115. | Wyświetlanie wartości ciśnień skurczowego, rozkurczowego, średniego | **TAK** |  |
|  | **Pomiar zwiotczenia mięśniowego** |  |  |
| 116. | W ofercie z modułem 1 przewód połączeniowy do przetworników ciśnienia i 2 szt. jednorazowych przetworników ciśnienia | **TAK** |  |
| 117. | Urządzenie do pomiaru NMT – moduł monitora lub aparatu. Nie dopuszcza się osobnego urządzenia.W komplecie akcesoria. | **TAK** |  |
|  | **Pomiar głębokości znieczulania - BIS** |  |  |
| 118. | Moduł pomiaru głębokości znieczulania BIS.Nie dopuszcza się osobnego urządzenia | **TAK** |  |
|  | **Rok produkcji nie starszy niż 2017**  |  |  |
| 119. | * DODATKOWE WYMAGANIA
* gwarancja - min. 36 miesięcy
* czas reakcji w następnym dniu roboczym, naprawa w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
* w przypadku niemożności wykonania naprawy w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia, Wykonawca dostarczy Zamawiającemu urządzenie zastępcze, o parametrach co najmniej uszkodzonego, w następnym dniu roboczym po upływie tego terminu,
* Gwarancja obejmuje wszystkie części.
* Naprawa będzie wykonywana w razie możliwości w siedzibie Zamawiającego.
* Wykonawca zobowiązany jest do samodzielnego przeprowadzenia ewentualnej diagnostyki sprzętu.
* Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 5 lat po upływie gwarancji
* Możliwość zgłaszania usterek 24 h/dobę za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji statusu zgłoszenia gwarancyjnego i naprawy za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji gwarancji bezpośrednio z sieci Internet za pośrednictwem witryny internetowej lub e-mail lub infolinii producenta/dostawcy (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)

Serwis urządzeń musi być realizowany przez Producenta lub Autoryzowanego Partnera Serwisowego Producenta | TAK, podać długość gwarancji **i numery kontaktowe** |  |

 |  |  |  | podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy |  |  |

 |

 **Oświadczenie Wykonawcy:**

Zamawiający informuje, że powyższe warunki graniczne stanowią wymagania odcinające. Nie spełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane powyżej urządzenie jest seryjnie produkowane zgodnie z normami obowiązującymi dla tego typu urządzeń, i w określonym w SIWZ terminie będą dostarczone kompletne, fabrycznie nowe, i po zainstalowaniu oraz uruchomieniu będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem, bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych. Wykonawca potwierdza również, że zobowiązuje się w cenie niniejszego zamówienia przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego instruktaż dla wyznaczonych przez Zamawiającego pracowników dotyczący obsługi zaoferowanego produktu. Instruktaż z obsługi przedmiotu zamówienia winien odbyć się w terminie uzgodnionym z Zamawiającym w terminie wyznaczonym na dostarczenie przedmiotowego urządzenia.
Składając ofertę Wykonawca potwierdza, że zaoferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu na terytorium RP, posiada wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełnia wszelkie wymagane przez przepisy prawa wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi.

Miejscowość i data:………………..

…………………………………

podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

**Część 4D**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Producent (pełna nazwa, adres)** | **Nazwa handlowa** | **Model/typ/ numer katalogowy** | **Ilość** | Wartość brutto  |
|  **Defibrylator** |  |  |  | **4 szt.**  | **Kwota brutto jednej sztuki : ……………………………………………** | **Kwota brutto czterech sztuk : ……………………………………………** |
|  | **OPIS PARAMETRU, FUNKCJI** | **WYMOGI GRANICZNE TAK/NIE** | **ODPOWIEDŹ OFERENTA TAK/NIE****(niepotrzebne skreślić)** |
| 1 | Urządzenie do monitorowania i defibrylacji  | **TAK** |  |
| 2 | Ekran kolorowy typu TFT o przekątnej minimum 7’’ | **TAK** |  |
| 3 | Możliwość wyświetlania na ekranie 3 krzywych dynamicznych. | **TAK** |  |
| 4 | Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej | **TAK** |  |
| 5 | Dwufazowa fala defibrylacji | **TAK** |  |
| 6 | Defibrylacje ręczna w zakresie min. od 1 do 360 J | **TAK** |  |
| 7 | Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej | **TAK** |  |
| 8 | Czas ładowania do energii maksymalnej 200J max. 5 sekund | **TAK** |  |
| 9 | Możliwość wyboru jednego spośród min. 20 poziomów energii defibrylacji | **TAK**  |  |
| 10 | Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodny z aktualnymi wytycznymi PRC/ AHA z 2015 roku | **TAK** |  |
| 11 | Energia defibrylacji w trybie AED min. od 100 do 360 J | **TAK** |  |
| 12 | W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią od 100 do 360J | **TAK** |  |
| 13 | Możliwość wykonania defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych | **TAK** |  |
| 14 | Dźwiękowe i tekstowe komunikaty w języku polskim prowadzące użytkownika przez proces defibrylacji półautomatycznej | **TAK** |  |
| 15 | Wydzielony na defibrylatorze przycisk rozładowania energii | **TAK** |  |
| 16 | Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylacyjnych | **TAK** |  |
| 17 | Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta na ekranie defibrylatora | **TAK** |  |
| 18 | Możliwość wykonania kardiowersji | **TAK**  |  |
| 19 | Monitorowanie EKG min. z 3 odprowadzeń | **TAK** |  |
| 20 | a. Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie od 15-350 B/min. | **TAK**  |  |
| 21 | b. Wzmocnienie sygnału: x0,25; x0,5; x1; x2; x4; | **TAK** |  |
| 22 | Stymulacja zewnętrzna nieinwazyjna | **TAK** |  |
| 23 | a. tryby stymulacji: sztywny i na żądanie | **TAK** |  |
| 24 | b. natężenie prądu stymulacji w zakresie min. od 5 do 200 mA | **TAK** |  |
| 25 | c. zakres częstości stymulacji w zakresie min. od 40 do 170 imp/min | **TAK** |  |
| 26 | Pomiar saturacji za pomocą czujnika na palec dla dorosłych | **TAK** |  |
| 27 | a. Prezentacja wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie | **TAK** |  |
| 28 | Ręczne i automatyczne ustawianie granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów | **TAK** |  |
| 29 | Wbudowana drukarka termiczna | **TAK**  |  |
| 30 | Papier do drukarki o szerokości min. 50 mm | **TAK** |  |
| 31 | Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych  | **TAK**  |  |
| 32 | Archiwizacja danych: min. 100 pacjentów, min. 72 godzinne trendy, 24 godz. ciągły zapis EKG | **TAK** |  |
| 33 | Eksport danych za pomocą pamięci typu Pendrive | **TAK** |  |
| 34 | Ładowanie akumulatora od 0 do 100 % pojemności w czasie do 3 godzin | **TAK** |  |
| 35 | Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci | **TAK** |  |
| 36 | Akumulator litowo-jonowy bez efektu pamięci z możliwością wymiany bez użycia dodatkowych narzędzi | **TAK** |  |
| 37 | Czas pracy na bateriach dla urządzenia min. 150 minut monitorowania | **TAK** |  |
| 38 | Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230 V  | **TAK** |  |
| 39 | Możliwość wykonania min. 200 defibrylacji z energią 200J na w pełni naładowanych akumulatorach | **TAK** |  |
| 40 | Programowanie automatycznie codziennie wykonywanego testów bez włączenia defibrylatora przy zamontowanych akumulatorach i podłączeniu do sieci elektrycznej (pełny test) | **TAK**  |  |
| 41 | Uchwyt na ramę łóżka | **TAK** |  |
| 42 | Masa defibrylatora z akumulatorem i łyżkami max. 6 kg | **TAK** |  |
|  | **Rok produkcji nie starszy niż 2017** | **TAK**  |  |
| 43 | DODATKOWE WYMAGANIA * gwarancja - min. 36 miesięcy
* czas reakcji w następnym dniu roboczym, naprawa w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
* w przypadku niemożności wykonania naprawy w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia, Wykonawca dostarczy Zamawiającemu urządzenie zastępcze, o parametrach co najmniej uszkodzonego, w następnym dniu roboczym po upływie tego terminu,
* Gwarancja obejmuje wszystkie części.
* Naprawa będzie wykonywana w razie możliwości w siedzibie Zamawiającego.
* Wykonawca zobowiązany jest do samodzielnego przeprowadzenia ewentualnej diagnostyki sprzętu.
* Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 5 lat po upływie gwarancji
* Możliwość zgłaszania usterek 24 h/dobę za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji statusu zgłoszenia gwarancyjnego i naprawy za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji gwarancji bezpośrednio z sieci Internet za pośrednictwem witryny internetowej lub e-mail lub infolinii producenta/dostawcy (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)

Serwis urządzeń musi być realizowany przez Producenta lub Autoryzowanego Partnera Serwisowego Producenta | TAK, podać długość gwarancji **i numery kontaktowe** |  |

**Oświadczenie Wykonawcy:**

Zamawiający informuje, że powyższe warunki graniczne stanowią wymagania odcinające. Nie spełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane powyżej urządzenie jest seryjnie produkowane zgodnie z normami obowiązującymi dla tego typu urządzeń, i w określonym w SIWZ terminie będą dostarczone kompletne, fabrycznie nowe, i po zainstalowaniu oraz uruchomieniu będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem, bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych. Wykonawca potwierdza również, że zobowiązuje się w cenie niniejszego zamówienia przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego instruktaż dla wyznaczonych przez Zamawiającego pracowników dotyczący obsługi zaoferowanego produktu. Instruktaż z obsługi przedmiotu zamówienia winien odbyć się w terminie uzgodnionym z Zamawiającym w terminie wyznaczonym na dostarczenie przedmiotowego urządzenia.

Składając ofertę Wykonawca potwierdza, że zaoferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu na terytorium RP, posiada wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełnia wszelkie wymagane przez przepisy prawa wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi.

Miejscowość i data:………………..

…………………………………

podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

**Część 5E**

|  |
| --- |
| **Załącznik nr E - części 5** |
| **Przedmiot zamówienia** | **Producent (pełna nazwa, adres)** | **Nazwa handlowa** | **Model/typ/ numer katalogowy** | **Ilość** | **Wartość brutto**  |
| **Tor wizyjny, Kolonoskop, Gastroskop** |  |  |  | **1 szt. ZESTAW**  | Kwota brutto: …………………………………………… |
|  | **OPIS PARAMETRU, FUNKCJI** | **WYMOGI GRANICZNE TAK/NIE** | **ODPOWIEDŹ OFERENTA TAK/NIE****(niepotrzebne skreślić)** |
| E1. | **PROCESOR OBRAZU HDTV1080p** |  |  |
| 1. | Możliwość wyboru standardu obrazowania spośród: HDTV1080p, HDTV1080i, SXGA, SDTV. | **Tak**  |  |
| 2. | Cyfrowe wyjścia HDTV1080: DVI-D, 2X HD-SDI,  | **Tak** |  |
| 3. | Analogowe wyjścia HDTV1080: RGB | **Tak**  |  |
| 4. | Wyjścia wideo standard: S-video, Composite  | **Tak** |  |
| 5. | Wejścia HDTV: HD-SDI | **Tak**  |  |
| 6. | Wyjścia komunikacyjne: Ethernet/DICOMM, Firewire. | **Tak** |  |
| 7. | Menu funkcyjne (ustawień) oraz komunikaty procesora wyświetlane w pełni w języku polskim | **Tak**  |  |
| 8. | Polskie czcionki Komunikatów procesora | **Tak** |  |
| 9. | Możliwość używania znaków diakrytycznych (ą,ę,ć,ł,ń,ó,ż,ź) podczas wpisywania imienia i nazwiska pacjenta. | **Tak**  |  |
| 10. | Możliwość podłączenia urządzeń magazynujących - USB Stick | **Tak** |  |
| 11. | Zapisywanie zdjęć jako JPEG lub bezstratny TIFF | **Tak**  |  |
| 12. | System wyboru przez procesor najostrzejszego zdjęcia w momencie uruchomiania zapisu obrazów. | **Tak** |  |
| 13. | Trzy tryby przysłony: auto, maksymalny, średni. | **Tak**  |  |
| 14 | Tryb wzmocnienia obrazu, uwydatniania krawędzi obrazu – 27 trybów | **Tak** |  |
| 15 | Możliwość uwydatniania krawędzi obrazu również po jego zatrzymaniu | **Tak**  |  |
| 16 | Równoczesny - optyczny i cyfrowy filtr ograniczający widmo światła czerwonego – uwydatniający naczynia oraz zmiany. | **Tak** |  |
| 17 | 3 tryby obrazowania w wąskim paśmie światła  | **Tak**  |  |
| 18. | Automatyczny dobór trybu obrazowania w wąskim paśmie światła w zależności od rodzaju podłączonego endoskopu. | **Tak** |  |
| 19. | Ilość dowolnie programowalnych przycisków funkcyjnych na procesorze – 2, na klawiaturze – 4. | **Tak**  |  |
| 20. | Współpraca z endoskopami EXERA posiadanymi przez pracownię oraz systemem ENDOBASE | **Tak** |  |
| **E2.** | **ŹRÓDŁO ŚWIATŁA**  |  |  |
| 1. | Lampa Ksenon 300 Watt | **Tak** |  |
| 2. | Optyczny filtr wąskiego pasma światła umieszczony w źródle światła, wycinający widmo światła odpowiedzialne za kolor czerwony.  | **Tak**  |  |
| 3. | Zapasowa żarówka Halogen włączana automatycznie w razie awarii lampy głównej – 35 W. | **Tak** |  |
| 4. | Automatyczna regulacja mocy światła | **Tak**  |  |
| 5. | Ręczna regulacja mocy światła +/- 8 stopni | **Tak** |  |
| 6. | Możliwość włączenia lub wyłączenia żarówki przyciskiem na panelu urządzenia. | **Tak**  |  |
| 7. | Insuflacja powietrza 0-3 stopni | **Tak** |  |
| 8. | Możliwość podłączenia endoskopów EXERA posiadanych przez pracownię | **Tak**  |  |
| 9. | Możliwość podłączenia wybranych endoskopów przy pomocy jednego konektora. | **Tak** |  |
| **E3.** | **MONITOR MEDYCZNY HDTV** |  |  |
| 1. | Rozdzielczość 1920x1080 px, matryca LED. | **Tak** |  |
| 2. | Przekątna ekranu –24” | **Tak**  |  |
| 3. | Wejścia: HD-SDI, DVI, VGA, S-VIDEO, COMPOSITE | **Tak** |  |
| **E4.** | **WÓZEK ENDOSKOPOWY** |  |  |
| 1. | Podstawa jezdna z blokadą dwóch kół | **Tak** |  |
| 2. | Wieszak na dwa endoskopy | **Tak**  |  |
| 3. | Możliwość umieszczenia wieszaka z lewej lub prawej strony wózka | **Tak** |  |
| 4. | Przegubowe ramię umożliwiające manipulację ramieniem – góra, dół, lewo, prawo. Umożliwia położenie monitora poza obrysem wózka. | **Tak**  |  |
| 5. | Transformator separujący umożliwiający podłączenie urządzeń | **Tak** |  |
| 6. | 4 półki do ustawienia urządzeń z możliwością regulacji wysokości | **Tak**  |  |
| 7. | Szerokość użytkowa półek: górna: 409 mm, środkowe: 473 mm, dolna: 617 mm  | **Tak** |  |
| **E5.** | **Wideogastroskop HDTV1080p**  |  |  |
| 1. | Obrazowanie w standardzie HDTV1080p | **Tak** |  |
| 2. | Obrazowanie w wąskim paśmie światła realizowanym poprzez filtr optyczny oraz cyfrowy. | **Tak**  |  |
| 2 | Grubość całej sondy endoskopowej – 9,2 mm | **Tak** |  |
| 3. | Kanał roboczy – 2,8 mm | **Tak**  |  |
| 4. | Głębia ostrości już od 2 mm do 100 mm | **Tak** |  |
| 5. | Zginanie końcówki Endoskopu: G: 210o, D:90o, L:100o, P:100o | **Tak**  |  |
| 6. | Pole widzenia – min. 140o | **Tak** |  |
| 7. | Ilość przycisków dowolnie programowalnych do sterowania funkcjami procesora - 4 | **Tak**  |  |
| 8. | Długość sondy roboczej – 1030 mm | **Tak** |  |
| 9. | Aparat w pełni zanurzalny , nie wymagający nakładek uszczelniających. | **Tak**  |  |
| 10. | Typ konektora – jednogniazdowy | **Tak** |  |
| 11 | Wbudowany w konektor chip zbliżeniowy RFiD identyfikujący endoskop zbliżeniowo | **Tak**  |  |
| **E6.** | **Wideokolonoskop HDTV1080p**  |  |  |
| 1. | Obrazowanie w standardzie HDTV1080p | **Tak**  |  |
| 2. | Obrazowanie w wąskim paśmie światła realizowanym poprzez filtr optyczny oraz cyfrowy. | **Tak** |  |
| 3. | Grubość sondy endoskopowej – 12,8 mm | **Tak**  |  |
| 4. | Grubość końcówki sondy endoskopowej – 12,8 mm | **Tak** |  |
| 5. | Kanał roboczy – 3,7 mm | **Tak**  |  |
| 6. | Głębia ostrości już od 2 mm do 100 mm | **Tak** |  |
| 6. | Zginanie końcówki Endoskopu: min. G: 180o, D:180o, L:160o, P:160o | **Tak**  |  |
| 7. | Pole widzenia – 140o | **Tak** |  |
| 8. | Kanał irygacyjny Water Jet | **Tak**  |  |
| 9. | Ilość przycisków do sterowania funkcjami procesora – 4 | **Tak** |  |
| 10. | Funkcja zmiany sztywności sondy pokrętłem w głowicy endoskopu | **Tak**  |  |
| 11. | Długość sondy roboczej – 1680 mm | **Tak** |  |
| 12. | Aparat w pełni zanurzalny , nie wymagający nakładek uszczelniających. | **Tak**  |  |
| 13. | Typ konektora – jednogniazdowy | **Tak** |  |
| 14. | Wbudowany w konektor chip zbliżeniowy RFiD identyfikujący endoskop zbliżeniowo | **Tak**  |  |
| **E7** | **Pompa Water Jet**  |  |  |
| 1 | Urządzenie klasy medycznej, sterowane przez mikroprocesor | **Tak**  |  |
| 2 | Urządzenie przeznaczone do pracy z endoskopami giętkimi posiadającymi kanał irygacyjny lub roboczy takimi jak: gastroskopy, kolonoskopy, duodenoskopy, endosonografy | **Tak** |  |
| 3 | Urządzenie umożliwia spłukanie pola widzenia przez dedykowany kanał irygacyjny jak również przez kanał roboczy | **Tak**  |  |
| 4 | Wyświetlacz LED wskazujący aktualną moc pompy | **Tak** |  |
| 5 | Funkcja płukania przez kanał roboczy lub dodatkowy kanał Water Jet endoskopu | **Tak**  |  |
| 6 | Możliwość podłączenia do oferowanego wózka endoskopowego | **Tak** |  |
| 8 | Funkcja "trybu gotowości" , w celu wymiany rurki do podawania wody bez potrzeby wyłączania urządzenia | **Tak**  |  |
| 9 | Funkcja zabezpieczająca przed nadmiernym podawaniem płynu podczas zabiegu - wyłączenie po 20 s. ciągłej pracy. | **Tak** |  |
| 10 | Regulacja mocy przepływu – 9 stopni | **Tak**  |  |
| 11 | Maksymalny przepływ: 700-750 ml/min dla kanału roboczego, ~ 230 ml/min dla kanału pomocniczego | **Tak** |  |
| 12 | Pojemnik na wodę 2 l, autoklawowalny z oznaczeniami wskazującymi poziom wody  | **Tak**  |  |
| 13 | Koryto na zbiornik z wodą zintegrowane z pompą | **Tak** |  |
| 14 | Wymiary umożliwiające ustawienie na wózku endoskopowym: szer.: 200 mm, wys.: 173 mm, głęb.: 385 | **Tak**  |  |
| 15 | W zestawie komplet sterylnych drenów - 50 szt z przyłączem luer-lock. | **Tak** |  |
| 16 | Waga - 4 kg z pustym zbiornikiem | **Tak**  |  |
| **E8** | **Pompa próżniowa - ssak** |  |  |
|  1 | Konstrukcja do ustawienia na wózku endoskopowym – 9,3 kg |  |  |
| 2 | Wysokie podciśnienie -95 kPa/-713 mmHg | **Tak**  |  |
| 3 | Urządzenie wyposażone we wbudowany próżniomierz | **Tak** |  |
| 4 | Urządzenie posiada płynny, obrotowy regulator podciśnienia | **Tak**  |  |
| 5 | Przyciski zmiany przepływu: 40, 50 lub 60 l/min. | **Tak** |  |
| 6 | Kolorystyczne (za pomocą światła LED) prezentowanie statusu pompy rozróżniające następujące stany: pompa w trybie gotowości (zielony), pompa pracuje (biały), błąd pompy (żółty).  | **Tak**  |  |
| 7 | Moc znamionowa 120 W | **Tak** |  |
| 8 | Zgodność ze standardami: ISO 9001, ISO 13485, CE (93/42/EEC), IIa | **Tak**  |  |
| 9 | Wymiary: W x S x G 210 x 305 x 375 mm | **Tak** |  |
| 10 | Zasilanie 230 V - gniazdo kompatybilne z wózkiem endoskopowym typu IEC: C14 | **Tak**  |  |
| 11 | Możliwość stosowania słojów wielorazowych oraz wkładów jednorazowych (opcja do wyboru) | **Tak** |  |
| E9 | * DODATKOWE WYMAGANIA
* gwarancja - min. 24 miesięcy
* czas reakcji w następnym dniu roboczym, naprawa w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
* w przypadku niemożności wykonania naprawy w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia, Wykonawca dostarczy Zamawiającemu urządzenie zastępcze, o parametrach co najmniej uszkodzonego, w następnym dniu roboczym po upływie tego terminu,
* Gwarancja obejmuje wszystkie części.
* Naprawa będzie wykonywana w razie możliwości w siedzibie Zamawiającego.
* Wykonawca zobowiązany jest do samodzielnego przeprowadzenia ewentualnej diagnostyki sprzętu.
* Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 5 lat po upływie gwarancji
* Możliwość zgłaszania usterek 24 h/dobę za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji statusu zgłoszenia gwarancyjnego i naprawy za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji gwarancji bezpośrednio z sieci Internet za pośrednictwem witryny internetowej lub e-mail lub infolinii producenta/dostawcy (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)

Serwis urządzeń musi być realizowany przez Producenta lub Autoryzowanego Partnera Serwisowego Producenta | TAK, podać długość gwarancji **i numery kontaktowe** |  |

**Oświadczenie Wykonawcy:**

Zamawiający informuje, że powyższe warunki graniczne stanowią wymagania odcinające. Nie spełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane powyżej urządzenie jest seryjnie produkowane zgodnie z normami obowiązującymi dla tego typu urządzeń, i w określonym w SIWZ terminie będą dostarczone kompletne, fabrycznie nowe, i po zainstalowaniu oraz uruchomieniu będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem, bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych. Wykonawca potwierdza również, że zobowiązuje się w cenie niniejszego zamówienia przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego instruktaż dla wyznaczonych przez Zamawiającego pracowników dotyczący obsługi zaoferowanego produktu. Instruktaż z obsługi przedmiotu zamówienia winien odbyć się w terminie uzgodnionym z Zamawiającym w terminie wyznaczonym na dostarczenie przedmiotowego urządzenia.

Składając ofertę Wykonawca potwierdza, że zaoferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu na terytorium RP, posiada wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełnia wszelkie wymagane przez przepisy prawa wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi.

Miejscowość i data:………………..

…………………………………
podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

**Część 6F**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Producent (pełna nazwa, adres)** | **Nazwa handlowa** | **Model/typ/ numer katalogowy** | **Ilość** | **Wartość brutto**  |
|  **Macerator**  |  |  |  | **3 szt.**  | **Kwota brutto jednej sztuki: ……………………………………………** | **Kwota brutto trzech sztuk: ……………………………………………** |
|  | **OPIS PARAMETRU, FUNKCJI** | **WYMOGI GRANICZNE TAK/NIE** | **ODPOWIEDŹ OFERENTA TAK/NIE****(niepotrzebne skreślić)** |
|  | Macerator przeznaczony wyłącznie do utylizacji naczyń jednorazowego użytku wykonanych ze specjalnie przetworzonej pulpy papierowej – kaczek, basenów itp. | **Tak**  |  |
|  | Zasilanie 230V lub 400V | **Tak** |  |
|  | Obudowa : konstrukcja ze stali nierdzewnej z górną pokrywą i przednią obudową wykonaną z wysokiej jakości tworzywa  | **Tak**  |  |
|  | Antybakteryjna powłoka uniemożliwiająca namnażanie sie bakterii na pokrywie i przedniej obudowie urządzenia | **Tak** |  |
|  | Górna pokrywa jednoczęściowa, opływowa, łatwa w czyszczeniu, bez przewężeń i zagłębień, w których mogłyby się gromadzić nieczystości w trakcie użytkowania | **Tak**  |  |
|  | Nożne otwieranie pokrywy za pomocą przycisku | **Tak** |  |
|  | Bezawaryjne zamykanie pokrywy, bez użycia siłowników i czujników podczerwieni | **Tak**  |  |
|  | Automatyczne uruchamianie urządzenia, funkcja „auto-start” po zamknięciu pokrywy | **Tak** |  |
|  | Szczelny zatrzask komory | **Tak**  |  |
|  | Sterowanie mikroprocesorowe z panelu pokrywy | **Tak** |  |
|  | Wyświetlacz LCD informujący o usterkach i fazie cyklu | **Tak**  |  |
|  | Kolorowa dioda LED informująca o stanie gotowości urządzenia do pracy | **Tak** |  |
|  | Urządzenie przechodzące w stan czuwania (stan uśpienia) | **Tak**  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w czujniki:- niedrożności odpływu- niskiego poziomu wody- niskiego poziomu płynu antybakteryjno – dezodoryzującego - zaistniałych usterek- prędkości wirnika | **Tak** |  |
|  | Dozownik płynu antybakteryjno – dezodoryzującego z możliwością regulacji zużycia płynu z poziomu panelu sterowania na pokrywie urządzenia | **Tak**  |  |
|  | Możliwość umieszczenia kanistra z płynem dezynfekującym wewnątrz urządzenia | **Tak** |  |
|  | Komora maceratora wyposażona w niewielkie otwory o średnicy max. 10mm uniemożliwiające przedostanie się niepożądanego przedmiotu do rury kanalizacyjnej powodując zapchanie | **Tak**  |  |
|  | W przypadku niedrożności sieci kanalizacyjnej, możliwość opróżnienia komory z substancji płynnych za pomocą specjalnego zaworu, bez ingerencji w sieć kanalizacyjną | **Tak** |  |
|  | Komora wykonana z wysokiej jakości stali nierdzewnej | **Tak**  |  |
|  | Wymiary urządzenia w mm (szerokość x wysokość x głębokość): 411 mm x 908 mm x 524 mm (tolerancja +/- 10 mm) | **Tak** |  |
|  | Wysokość załadunku max. 80 cm | **Tak**  |  |
|  | Waga urządzenia : bez ładunku i z pustym zbiornikiem wody 59 kg | **Tak** |  |
|  | Konfigurowalne zużycie wody na jeden cykl w zakresie 17 l – 23 l | **Tak**  |  |
|  | Wydajność 4 naczyń jednorazowe typu kaczka, basen na 1 cykl  | **Tak** |  |
|  | Konfigurowalny czas jednego cyklu maceratora w zakresie 82 s – 114 s | **Tak**  |  |
|  | Moc silnika 590 W | **Tak** |  |
|  | Odpływ kanalizacyjny 50mm | **Tak**  |  |
|  | Doprowadzenie wody zimnej ¾” | **Tak** |  |
|  | Aktualny dokument dopuszczający do obrotu - należy dołączyć do oferty | **Tak**  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | **Tak** |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski | **Tak**  |  |
|  | Możliwość stosowania naczyń różnych producentów | **Tak** |  |
|  | **Rok produkcji nie starszy niż 2017** | **Tak**  |  |
|  | * DODATKOWE WYMAGANIA
* gwarancja - min. 36 miesięcyczas reakcji w następnym dniu roboczym, naprawa w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
* w przypadku niemożności wykonania naprawy w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia, Wykonawca dostarczy Zamawiającemu urządzenie zastępcze, o parametrach co najmniej uszkodzonego, w następnym dniu roboczym po upływie tego terminu,
* Gwarancja obejmuje wszystkie części.
* Naprawa będzie wykonywana w razie możliwości w siedzibie Zamawiającego.
* Wykonawca zobowiązany jest do samodzielnego przeprowadzenia ewentualnej diagnostyki sprzętu.
* Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 5 lat po upływie gwarancji
* Możliwość zgłaszania usterek 24 h/dobę za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji statusu zgłoszenia gwarancyjnego i naprawy za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji gwarancji bezpośrednio z sieci Internet za pośrednictwem witryny internetowej lub e-mail lub infolinii producenta/dostawcy (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)

Serwis urządzeń musi być realizowany przez Producenta lub Autoryzowanego Partnera Serwisowego Producenta | TAK, podać długość gwarancji **i numery kontaktowe** |  |

**Oświadczenie Wykonawcy:**

Zamawiający informuje, że powyższe warunki graniczne stanowią wymagania odcinające. Nie spełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane powyżej urządzenie jest seryjnie produkowane zgodnie z normami obowiązującymi dla tego typu urządzeń, i w określonym w SIWZ terminie będą dostarczone kompletne, fabrycznie nowe, i po zainstalowaniu oraz uruchomieniu będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem, bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych. Wykonawca potwierdza również, że zobowiązuje się w cenie niniejszego zamówienia przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego instruktaż dla wyznaczonych przez Zamawiającego pracowników dotyczący obsługi zaoferowanego produktu. Instruktaż z obsługi przedmiotu zamówienia winien odbyć się w terminie uzgodnionym z Zamawiającym w terminie wyznaczonym na dostarczenie przedmiotowego urządzenia.

Składając ofertę Wykonawca potwierdza, że zaoferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu na terytorium RP, posiada wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełnia wszelkie wymagane przez przepisy prawa wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi.

Miejscowość i data:……………….. …………………………………

 podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

**Część 7G**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Producent (pełna nazwa, adres)** | **Nazwa handlowa** | **Model/typ/ numer katalogowy** | **Ilość** | **Wartość brutto**  |
| **Aparat do terapii nerkozastępczej** |  |  |  | **1 szt.**  | **Kwota brutto: ……………………………………………** |
|  | **OPIS PARAMETRU, FUNKCJI** | **WYMOGI GRANICZNE TAK/NIE** | **ODPOWIEDŹ OFERENTA TAK/NIE****(niepotrzebne skreślić)** |
| 1. | Możliwość wykonania zabiegu ciągłej żylno – żylnej filtracji (**CVVH**) | TAK |  |
| 2. | Możliwość wykonywania zabiegu wysokoobjętościowej ciągłej żylno – żylnej hemofiltracji (**HV – CVVH).** Substytucja podawana jednocześnie przed i po hemofiltrze | TAK |  |
| 3. | Możliwość wykonania zabiegu żylno – żylnej hemodializy (**CVVHD**) | TAK |  |
| 4. | Możliwość wykonania zabiegu żylno – żylnej hemodiafiltracji (**CVVHDF**) | TAK |  |
| 5. | Możliwość wykonania zabiegu powolnej ciągłej ultrafiltracji (**SCUF**) | TAK |  |
| 6. | Możliwość wykonania zabiegu plazmaferezy (**PF**) | TAK |  |
| 7. | Możliwość wykonania zabiegu hemoperfuzji (**HP**) | TAK |  |
| 8. | Graficzny kolorowy podgląd istotnych stanów pracy urządzenia | TAK |  |
| 9. | Bateria, która w przypadku braku zasilania sieciowego, zapewni pracę aparatu przez co najmniej 15 min. | TAK |  |
| 10. | Regulowana ultrafiltracja 0 – 100 ml/min. | TAK |  |
| 11. | Przepływ płynu substytucyjnego od 10 – 160 ml/min. | TAK |  |
| 12. | Przepływ dializatu od 10 – 70 ml/min. | TAK |  |
| 13. | Dwa indywidualne systemy do podgrzewania płynu substytucyjnego i dializatu z możliwością wyłączenia w trakcie zabiegu | TAK |  |
| 14. | Możliwość regulacji temperatury w zakresie 35 – 39 ºC | TAK |  |
| 15. | Regulacja przepływu pompy krwi od 10 – 500 ml/min. | TAK |  |
| 16. | Kasetowy system drenów umożliwiający łatwy i szybki montaż oraz wielokrotną wymianę samego filtra w trakcie zabiegu, bez konieczności wymiany całej kasety | TAK |  |
| 17. | System bilansujący: cztery niezależne wagi do płynów dializacyjnych, substytucyjnych, osocza, ultrafiltratu, itp. | TAK |  |
| 18. | Dokładność ważenia – 1 g | TAK |  |
| 19. | Najwyższy stopień ochrony przeciwporażeniowej (**CF**) umożliwiający bezpieczną defibrylację pacjenta podczas zabiegu. | TAK |  |
| 20. | Cztery pompy umożliwiające przepływ krwi, płynu dializacyjnego, substytucyjnego, ultrafiltratu lub osocza | TAK |  |
| 21. | Moduł cytrynian – wapń | TAK |  |
| 22. | Ciągła hemodializa z regionalną antykoagulacją cytrynianową **(Ci-Ca CVVHD)** | TAK |  |
| 23. | Ciągła hemodiafiltracja z regionalną antykoagulacją cytrynianową **(Ci-Ca post CVVHDF)** | TAK |  |
| 24. | Możliwość jednoczesnego prowadzenia antykoagulacji cytrynianowej i heparynowej | TAK |  |
| 25. | Możliwość zmiany bezpośredniej rodzaju antykoagulacji z cytrynianowej na heparynową w trakcje zabiegu bez konieczności wymiany zestawu drenów | TAK |  |
| 26. | Detektor przecieku krwi | TAK |  |
| 27. | Odpowietrzanie drenów substytutu, dializatu, krwi - niezależnie | TAK |  |
| 28. | Dwa niezależne detektory powietrza | TAK |  |
| 29. | Dwie niezależne pułapki powietrza (za i przed hemofiltrem) | TAK |  |
| 30. | Oprogramowanie i komunikacja w języku polskim | TAK |  |
| 31. | Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą). | TAK |  |
|  32. | **Rok produkcji nie starszy niż 2017** | **TAK** |  |
| 43 | * DODATKOWE WYMAGANIA
* gwarancja - min. 24 miesięcy
* czas reakcji w następnym dniu roboczym, naprawa w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
* w przypadku niemożności wykonania naprawy w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia, Wykonawca dostarczy Zamawiającemu urządzenie zastępcze, o parametrach co najmniej uszkodzonego, w następnym dniu roboczym po upływie tego terminu,
* Gwarancja obejmuje wszystkie części.
* Naprawa będzie wykonywana w razie możliwości w siedzibie Zamawiającego.
* Wykonawca zobowiązany jest do samodzielnego przeprowadzenia ewentualnej diagnostyki sprzętu.
* Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 5 lat po upływie gwarancji
* Możliwość zgłaszania usterek 24 h/dobę za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji statusu zgłoszenia gwarancyjnego i naprawy za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji gwarancji bezpośrednio z sieci Internet za pośrednictwem witryny internetowej lub e-mail lub infolinii producenta/dostawcy (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)

Serwis urządzeń musi być realizowany przez Producenta lub Autoryzowanego Partnera Serwisowego Producenta | TAK, podać długość gwarancji **i numery kontaktowe** |  |

**Oświadczenie Wykonawcy:**

Zamawiający informuje, że powyższe warunki graniczne stanowią wymagania odcinające. Nie spełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane powyżej urządzenie jest seryjnie produkowane zgodnie z normami obowiązującymi dla tego typu urządzeń, i w określonym w SIWZ terminie będą dostarczone kompletne, fabrycznie nowe, i po zainstalowaniu oraz uruchomieniu będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem, bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych. Wykonawca potwierdza również, że zobowiązuje się w cenie niniejszego zamówienia przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego instruktaż dla wyznaczonych przez Zamawiającego pracowników dotyczący obsługi zaoferowanego produktu. Instruktaż z obsługi przedmiotu zamówienia winien odbyć się w terminie uzgodnionym z Zamawiającym w terminie wyznaczonym na dostarczenie przedmiotowego urządzenia.

Składając ofertę Wykonawca potwierdza, że zaoferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu na terytorium RP, posiada wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełnia wszelkie wymagane przez przepisy prawa wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi.

Miejscowość i data:………………..

…………………………………
 podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy

**Część 8H**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Producent (pełna nazwa, adres)** | **Nazwa handlowa** | **Model/typ/ numer katalogowy** | **Ilość** | **Wartość brutto**  |
| **Lampa do fototerapii** |  |  |  | **2 szt.**  | **Kwota brutto jednej sztuki : ……………………………………………** | **Kwota brutto dwóch sztuk : ……………………………………………** |
|  | **OPIS PARAMETRU, FUNKCJI** | **WYMOGI GRANICZNE TAK/NIE** | **ODPOWIEDŹ OFERENTA TAK/NIE****(niepotrzebne skreślić)** |
| **H1** | **Lampa do fototerapii szt. 1** |  |  |
|  | **Parametry ogólne:** |  |  |
| 1 | **Lampa do fototerapii z promiennikiem diodowym LED i oświetleniem ogólnym** | Tak |  |
| 2 | Lampa mocowana na statywie jezdnym z regulacją wysokości lampy w zakresie min. 100-170 cm | Tak |  |
| 3 | Zasilanie elektryczne | Tak230V, 50 Hz |  |
| 4 | Maksimum promieniowania w zakresie 450 - 480 nm  | Tak |  |
| 5 | Natężenie promieniowania w odległości 30 cm min 40 μW/cm2nm | Tak |  |
| 6 | Efektywne pole naświetlania min. 20 x 30 cm | TAK |  |
| 7 | Intensywność iluminacji wbudowanego oświetlenia światłem białym min. 2000 lx | TAK |  |
| 8 | Wbudowany licznik aktualnego czasu naświetlania, całkowitej ilości przepracowanych godzin | TAK |  |
| 9 | Wymiary lampy max. 15 x 35 x 10 cm . (szer. x dł. x wys.) | TAK |  |
| 10 | Waga samej lampy max. 1 kg | TAK |  |
| 11 | Żywotność diod min. 60 tyś. godzin | TAK |  |
|  | **Wyposażenie** |  |  |
| 1 | Okularki ochronne w 2 rozmiarach | TAK po 3 szt. każdego rozmiaru |  |
|   | **Rok produkcji nie starszy niż 2017** | **TAK**  |  |
| H2  | **Lampa do fototerapii łóżeczkowa szt. 1** |  |  |
|  | Parametry urządzenia |   |  |
| 1 | Lampa diodowa łóżeczkowa zapewniająca fototerapię w inkubatorze otwartym lub zamkniętym, w łóżeczku (również przy łóżku matki) oraz podczas karmienia. | TAK |  |
| 2 | Źródło światła – diody LED emitujące światło niebieskie | TAK |  |
| 3 | Zasilanie elektryczne 230V – zasilacz wbudowany | TAK |  |
| 4 | Niski poboru mocy max. 80 W | TAK |  |
| 5 | Natężenie promieniowania min. 45 μW/cm2nm | TAK |  |
| 6 | Mata o rozmiarze min. 17 x 48 cm  | TAK |  |
| 7 | Długości elastycznego przewodu światłowodowego łączącego matę z urządzeniem min. 1,5 m. Przewód zekranizowany (nie emitujący światła dostarczanego do maty). | TAK |  |
| 8. | Lampa wyposażona w licznik czasu pracy oraz licznik czasu naświetlania noworodka | TAK |  |
| 9 | Regulacja intensywności światła w min. 3 zakresach:53 uW/cm2, 40uW/cm2, 26,5 uW/cm2 ±25% | TAK |  |
| 10 | Waga jednostki max. 2,2 kg | TAK |  |
| 11 | Żywotność diod min. 20 tyś. godzin | TAK |  |
|  | **Wyposażenie** |  |  |
| 1 | Okularki ochronne w 2 rozmiarach - po 3 szt. każdego rozmiaru | TAK |  |
| 1 | Ilość punktów serwisowych na terenie Polski – min. 3 | TAK |  |
|  | **Rok produkcji nie starszy niż 2017** |  |  |
| H3 | * DODATKOWE WYMAGANIA
* gwarancja - min. 24 miesiące
* czas reakcji w następnym dniu roboczym, naprawa w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
* w przypadku niemożności wykonania naprawy w ciągu 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia, Wykonawca dostarczy Zamawiającemu urządzenie zastępcze, o parametrach co najmniej uszkodzonego, w następnym dniu roboczym po upływie tego terminu,
* Gwarancja obejmuje wszystkie części.
* Naprawa będzie wykonywana w razie możliwości w siedzibie Zamawiającego.
* Wykonawca zobowiązany jest do samodzielnego przeprowadzenia ewentualnej diagnostyki sprzętu.
* Dostępność oryginalnych części zamiennych przez okres min. 5 lat po upływie gwarancji
* Możliwość zgłaszania usterek 24 h/dobę za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji statusu zgłoszenia gwarancyjnego i naprawy za pośrednictwem co najmniej jednej z poniższych dróg komunikacji: e-mail lub witryny internetowej lub infolinii producenta/dostawcy sprzętu (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)
* możliwość weryfikacji gwarancji bezpośrednio z sieci Internet za pośrednictwem witryny internetowej lub e-mail lub infolinii producenta/dostawcy (ogólnopolski numer używany przez serwis główny producenta/dostawcy)

Serwis urządzeń musi być realizowany przez Producenta lub Autoryzowanego Partnera Serwisowego Producenta | TAK, podać długość gwarancji **i numery kontaktowe** |  |

**Oświadczenie Wykonawcy:**

Zamawiający informuje, że powyższe warunki graniczne stanowią wymagania odcinające. Nie spełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca składając ofertę potwierdza, że oferowane powyżej urządzenie jest seryjnie produkowane zgodnie z normami obowiązującymi dla tego typu urządzeń, i w określonym w SIWZ terminie będą dostarczone kompletne, fabrycznie nowe, i po zainstalowaniu oraz uruchomieniu będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem, bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych. Wykonawca potwierdza również, że zobowiązuje się w cenie niniejszego zamówienia przeprowadzić w siedzibie Zamawiającego instruktaż dla wyznaczonych przez Zamawiającego pracowników dotyczący obsługi zaoferowanego produktu. Instruktaż z obsługi przedmiotu zamówienia winien odbyć się w terminie uzgodnionym z Zamawiającym w terminie wyznaczonym na dostarczenie przedmiotowego urządzenia.

Składając ofertę Wykonawca potwierdza, że zaoferowany przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu na terytorium RP, posiada wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełnia wszelkie wymagane przez przepisy prawa wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi.

Miejscowość i data:……………….. …………………………………
 podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy