SGOZ-K-271-1-25 Załącznik 2

**Formularz oferty szczegółowy - OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Niniejszy OPZ dotyczy dostawy pn.:**

**„Dostawa sprzętu i wyposażenia medycznego w ramach Projektu nr FENX.06.01-IP.03-0001/23 pn. „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)”, na podstawie umowy nr 06OW/9036/I/2024”.**

*Uwaga: Uzupełnić w zakresie, którego dotyczy oferta, niepotrzebne skreślić/usunąć.*

**Zadanie 1:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Holter EKG | szt. | 3 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **holter ekg – 3szt.**

*Kod CPV:* *33123210-3 Urządzenie do monitorowania czynności serca*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[1]](#footnote-1)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **holter ekg** | 3 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Współpraca z kompleksową platformą kardiologiczną, w której można wykonać zarówno badania EKG z oceną ryzyka nagłej śmierci sercowej, jak i spirometrię, próbę wysiłkową, holter EKG, holter RR i ergospirometrię oraz telekonsultację badań.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Platforma ma zapewniać możliwość archiwizacji badań holterowskich (EKG i ciśnienia) oraz testów wysiłkowych / wspólna baza pacjentów dla wszystkich modułów diagnostycznych (holter EKG, holter ciśnienia, spoczynkowe EKG, spirometria, próba wysiłkowa).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Możliwość rozbudowy oprogramowania o moduł telekonsultacji badań – wysyłanie badań do zdalnej oceny z poziomu oprogramowania diagnostycznego przy pomocy bezpiecznego łącza VPN.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Tworzenie raportów w formacie PDF z poziomu programu - możliwość automatycznego zapisu raportu do wskazanej uprzednio lokalizacji.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Możliwość edycji nazwy pliku raportu uwzględniająca datę urodzenia, imię, nazwisko, płeć, nr PESEL, czas i data wykonania badania.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Współpraca z rejestratorami 7-kanałowymi, 12-kanałowymi i 3 kanałowymi.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Możliwość stosowania u dorosłych lub pediatrycznych pacjentów bez ograniczenia ze względu na wiek, płeć, wagę, wzrost.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Wielopoziomowa klasyfikacja pobudzeni.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Możliwość wyłączenia z analizy dowolnego odprowadzenia- analiza tylko i wyłącznie z jednego odprowadzenia.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Umożliwienie przeprowadzenie następujących analiz:**   * **Analiza HRV w formie tabelarycznej,** * **HRV trendy,** * **Analiza ST w formie tabelarycznej,** * **ST trendy,** * **QT, QTc w formie analizy tabelarycznej,** * **QT, QTc trendy,** * **Analiza QTc wg. Bazett’a. Hodges’a, Fridericia, Frimingham’a,** * **Wykresy QT/RR oraz QT/HR,** * **PQ w formie analizy tabelarycznej,** * **PQ trendy,** * **Wykresy PQ/RR oraz PQ/HR.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Monitor aktywności pacjenta- graficzna zobrazowanie aktywność pacjenta-kolor różowy: pacjent aktywny fizycznie; kolor niebieski- pacjent w stanie spoczynku.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **Obrazowanie Waterfall.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Obrazowanie Relief- umożliwiający szybką detekcję migotania przedsionków.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Obrazowanie: Poincaré.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **21.** | **Histogramy: RR.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **22.** | **Wykres: PSD.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **23.** | **Cyrkiel umożliwiający automatyczny i ręczny pomiar wartości: P, PQ, QRS, QT, RR.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **24.** | **Możliwość zmiany konfiguracji klasyfikacji dla m.in. rytmu:**   * **Bradykardii (z uwzględnieniem wieku pacjenta),** * **Tachykardii (z uwzględnieniem wieku pacjenta): Rytmu zastępczego: RR: Rytmu nadkomorowego,** * **Bigieminii/trigeminii/ quadrigeminii nadkomorowej, Bigieminii/trigeminii/quadrigeminii komorowej.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **25.** | **Wyświetlanie sygnału EKG w postaci wstęg, stronicowym i kaskady.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **26.** | **Wyświetlenie sygnału EKG na bieżąco na monitorze komputera podczas przygotowania pacjenta.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **27.** | **Menu programu i raporty w języku polskim.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **28.** | **Możliwość stworzenia wielu kont użytkownika (min. 5).** | **TAK** |  | Możliwość tworzenia dowolnej liczby kont – 30 pkt,  Możliwość tworzenia określonej liczby kont – 0pkt. |
| **29.** | **Wyświetlenie trendów HR, RR oraz mierzonych wartości granicznych.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **30.** | **Analiza czasowa podstawowych wartości badania względem godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **31.** | **Możliwość scalania szablonów.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **32.** | **Możliwość usunięcia szumów.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **33.** | **Możliwość usunięcia wybranego pobudzenia lub grupy pobudzeni.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **34.** | **Możliwość wprowadzenia oraz usunięcia rozrusznika serca przed rozpoczęciem monitorowania, przed wczytaniem badania, w trakcie analizy zapisu.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **35.** | **Tabela arytmii uporządkowana względem ważności.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **36.** | **Możliwość automatycznego wstawienia zdefiniowanego szablonu diagnozy lekarza.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **37.** | **Możliwość pracy w środowisku lokalnym i sieciowym.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **38.** | **Interaktywny histogram odstępów RR z możliwością usunięcia artefaktów.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **39.** | **Interaktywny histogram różnic pomiędzy dwoma sąsiednimi pobudzeniami.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **40.** | **Widok akceleracji/deceleracji pomiędzy pobudzeniami.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **41.** | **Trendy oraz podział czasowy wzorów arytmii.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **42.** | **Analiza czasowa wartości HRV w podziale na godziny/dni/łącznie lub sen/czuwanie pacjenta.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **43.** | **Podgląd do wartości granicznych ST w formie tabelarycznej.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **44.** | **Łączny czas trwania odcinka ST ponad, poniżej i w limicie dla każdego odprowadzenia EKG.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **45.** | **System logów monitorujący działania w oprogramowaniu takie jak: logowanie, kasowanie danych, zmiany w opisach etc.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **46.** | **Zapis danych w trybie 3 i 7 kanałowym z 5 elektrod.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **47.** | **Rejestrowane odprowadzenia:**   * **3 odprowadzenia: mV1, mV3, mV5;** * **7 odprowadzeń I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **48.** | **Sprawdzanie niepodłączonych odprowadzeń.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **49.** | **Indykacja niepodłączonych odprowadzeń (wykres, paski).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **50.** | **Czas zapisu: 12 godzin, 24 godziny, 48 godzin, 7 dni.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **51.** | **Długość rejestracji: 200 – 900 MB przez 24h (zależny od sygnału I liczby odprowadzeń).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **52.** | **Akcelerometr – monitor aktywności.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **53.** | **Wyświetlacz LCD.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **54.** | **Waga rejestratora max. 200g.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **55.** | **Wymiary rejestratora: max. 110 x 70 x 30 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **56.** | **Transmisja danych za pomocą USB, z możliwością wyświetlania zapisu EKG oraz poziomu szumów z każdego odprowadzenia na ekranie komputera, Karta SD.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **57.** | **Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **58.** | **Możliwość edycji parametrów badania z poziomu rejestratora.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **59.** | **Częstotliwość próbkowania: 8 x 2000Hz.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **60.** | **Funkcja wykrywania rozrusznika 100us przy próbkowaniu min. 40000 Hz.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **61.** | **Zapis danych na karcie pamięci typu SD.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **62.** | **Detekcja i analiza pracy stymulatora.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **63.** | **Zasilanie za pomocą 2 baterii lub akumulatorów AA.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **64.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **65.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **66.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 2:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Holter ciśnieniowy | szt. | 2 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **holter ciśnieniowy – 2szt.**

*Kod CPV:* *38423000-6 Urządzenie do pomiaru ciśnienia*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[2]](#footnote-2)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **holter ciśnieniowy** | 2 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Holter ABPM (ciśnieniowy / RR) – urządzenie medyczne służące do wykonywania pomiaru ciśnienia skurczowego i rozkurczowego.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Możliwość wykonania badania trwającego min. 24 godz.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Pojemność pamięci: min. 500 pomiarów.** | **TAK** |  | Pojemność pamięci > 500 i < 700 – 0 pkt,  Pojemność pamięci >= 700 – 20pkt. |
| **10.** | **Zakres pomiaru ciśnienia krwi: min. 30 – 280 mmHg.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Zakres pomiaru Pulsu: min. 40 – 240 uderzeń/ min.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Dokładność pomiaru: ±3mmHg lub ±2% (w zależności od tego która wartość jest większa).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Min. 3 wbudowane konfiguracje pomiaru w rejestratorze z możliwością wyboru dowolnego z nich.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Metoda pomiaru oscylometryczna, krokowe wypuszczanie.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Automatycznie kontrolowany poziom ciśnienia w mankiecie do 300 mmHg.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Automatyczny dobór ciśnienia w rękawie pacjenta.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Sensor ciśnienia – Piezorezystywny.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **Pomiar na żądanie wywołany z poziomu rejestratora przy użyciu dedykowanego przycisku.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Przycisk zmiany dzień/noc.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Przycisk informacji o pobraniu leku.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **21.** | **Algorytmy pomiaru ciśnienia krwi. Protokoły: BHS, AAMI oraz ESH-IP.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **22.** | **Funkcja wspierania snu pacjenta - niepowtarzanie nieudanych pomiarów, jeśli nie jest to konieczne** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **23.** | **Możliwość uruchomienia badania z poziomu rejestratora bez użycia komputera.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **24.** | **Komunikacja z komputerem poprzez przewód mini-usb – USB (przewód jest częścią zestawu).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **25.** | **Wyświetlacz LCD lub OLED w rejestratorze.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **26.** | **Wyświetlanie napięcia baterii.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **27.** | **Zasilanie z max. 2 baterii lub akumulatorów AA.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **28.** | **Waga: max. 250g.** | **TAK** |  | Waga > 220g – 0 pkt,  Waga <= 220g – 10pkt. |
| **29.** | **Konfigurowalny interfejs użytkownika.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **30.** | **Możliwość wprowadzenia danych pacjenta oraz wybrania norm przewidywanych (w niektórych modułach): Nazwisko i imię, wzrost, waga, płeć, wiek, rasa oraz wyboru dedykowanych wartości wzorcowych.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **31.** | **Eksportowanie do systemu plików: PDF.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **32.** | **Możliwość eksportu danych do szpitalnego systemu informatycznego za pomocą HL7 lub DICOM.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **33.** | **W zestawie licencja na moduł Platformy o poniższych właściwościach i parametrach służący do obsługi oferowanego holtera ABPM:**   * **Możliwość ustawienia Interwałów pomiaru: min. 5 – 60 (np. 15,20,25,30,40,60);** * **Możliwość ustawienia min. 4 okresów pomiaru tj. dzień, noc, poranek oraz okres specjalny z możliwością określenia początku i końca okresu pomiaru;** * **Możliwość wyboru archiwalnego badania jako punktu odniesienia do aktualnie wykonanego pomiaru – automatyczne porównanie wyników;** * **Możliwość podziału okresu badań na podokresy i ich programowanie;** * **Możliwość stworzenia indywidualnego plan pomiarowego;** * **Możliwość przeglądania wyników pomiarów w formie tabeli, wykresów i histogramów;** * **Możliwość wprowadzenia uwag do poszczególnych pomiarów.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **34.** | **Min. 10 wbudowanych norm wg których interpretowane są pomiary: AHA 2005, AHA 2008, ESH 2003, ESH 2016 pediatria - według wieku, AHA 2017,** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **35.** | **Możliwość zdefiniowania własnej normy dla danego badania.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **36.** | **Możliwość ręcznego wykluczenia artefaktów pomiarowych.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **37.** | **Automatyczne podświetlanie nieprawidłowości.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **38.** | **Otrzymanie informacji podsumowującej pomiary, m.in. całkowita liczba pomiarów (dla każdego przedziału i ogółem), procentowa liczba pomyślnie zakończonych pomiarów.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **39.** | **Tabela pomiarów w raporcie z uwzględnieniem czasu wykonania pomiaru określeniem SYS, DIA, MAP, Tętna dla każdego pomiaru.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **40.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **41.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **42.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 3:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Pulsoksymetr | szt. | 5 |  |  |  |  |
| 2. | Otoskop | szt. | 4 |  |  |  |  |
| 3. | stetoskop (zwykły, internistyczny, pediatryczny) | szt. | 2 |  |  |  |  |
| 4. | termometr elektroniczny | szt. | 5 |  |  |  |  |
| 5. | aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi elektroniczny i/lub manualny w różnych rozmiarach w tym z kompletem mankietów dla dzieci | szt. | 5 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **pulsoksymetr – 5szt.**

*Kod CPV:* *33190000-8 Różne urządzenia i produkty medyczne*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[3]](#footnote-3)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **pulsoksymetr** | 5 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Czytelny wyświetlacz LCD/OLED** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Zakres pomiaru SpO₂ 0–100%** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Dokładność SpO₂: 70–100% ±2%** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Alarm niskiego stanu baterii (np. symbol, dioda).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Perfuzja (PI), cyfrowy wskaźnik.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Dokładność tętna ±3 bpm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Zasilanie: baterie AAA.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Oscylometryczny sposób pomiaru.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Zapamiętywanie daty i czasu pomiaru.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Bluetooth.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Do min. 15h pracy ciągłej na baterii.** | **TAK** |  | >=15h i < 20h – 0 pkt,  >= 20h – 30 pkt. |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **18.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **19.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

1. Przedmiotem zamówienia jest: dostawa**: Otoskop – 4szt.**

*Kod CPV:* *33190000-8 Różne urządzenia i produkty medyczne*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[4]](#footnote-4)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **Otoskop** | 4 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Okienko wzierne z 3x powiększeniem** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Otoskop z zasilaniem bateryjnym, baterie typu AA – wymienne.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Oświetlenie LED gwarantuje żywotność min. 50.000 godzin pracy** | **TAK** |  | < 60000 h pracy – 0 pkt,  >= 60000h pracy – 30 pkt. |
| **10.** | **Homogeniczne, jasne oświetlenie całego obrazu z temperaturą koloru min. 2500 K** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Wzierniki w zestawie:**  **- 1x użytku (5x 2.5mm + 5x 4mm),**  **- wielokrotnego użytku 2.4, 3, 4, 5 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **12.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **13.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **stetoskop (zwykły, internistyczny, pediatryczny) – 2szt.**

*Kod CPV:* *33190000-8 Różne urządzenia i produkty medyczne*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[5]](#footnote-5)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **stetoskop (zwykły, internistyczny, pediatryczny)** | 2 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Głowica ze stali nierdzewnej.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Odporność głowicy na tłuszcze, kremy, alkohole.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Bez lateksu i ftalanów.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Średnica membrany dla dorosłych: min. 4,3 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Średnica Membrany pediatrycznej: min. 3,3 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Długość: min. 69 cm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Waga: min.  150 g.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Podwójna głowica z dwutonową membraną.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Pojedynczy przewód z wewnętrzną sprężyną.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Wymienne części głowicy w zestawie.** | **NIE** |  | 30 pkt. |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **17.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **18.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **termometr elektroniczny – 5szt.**

*Kod CPV:* *33190000-8 Różne urządzenia i produkty medyczne*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[6]](#footnote-6)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **termometr elektroniczny** | 5 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Bezdotykowy pomiar.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Możliwość pomiaru temperatury ciała i powierzchni.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Wynik do: max. 1.5s.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Podświetlany wyświetlacz LCD.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Alarm gorączkowy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Funkcja automatycznego wyłączania urządzenia.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Zakres pomiarowy:**   * **dla pomiaru ciała: min. 32°C – 42°C,** * **dla pomiaru powierzchni: min. 0 - 60°C.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Możliwość przełączenia ze skali Fahrenheita °F na skalę Celsjusza °C .** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Dokładność: max. 0,2 °C.** | **TAK** |  | Dokładność do 0,2°C – 0 pkt,  Dokładność do 0,1°C – 20 pkt. |
| **16.** | **Masa: max. 135 g (bez baterii).** | **TAK** |  | Waga > 120 g i <= 135g – 0 pkt,  Waga <= 120g – 10 pkt. |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **17.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **18.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi elektroniczny i/lub manualny w różnych rozmiarach w tym z kompletem mankietów dla dzieci – 5szt.**

*Kod CPV:* *33190000-8 Różne urządzenia i produkty medyczne*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[7]](#footnote-7)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi elektroniczny i/lub manualny w różnych rozmiarach w tym z kompletem mankietów dla dzieci** | 5 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **W pełni automatyczny, ciśnieniomierz naramienny**  **z funkcją wykrywania migotanie przedsionków podczas pomiaru ciśnienia krwi.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Pamięć: min. 99 pomiarów i średnie wyświetlanie wszystkich zapisanych odczytów.** | **TAK** |  | Pamięć >= 200 zapisów – 20 pkt,  Pamięć < 200 i >99 zapisów – 0pkt. |
| **9.** | **Zakres pomiaru:**   * **40-280 mmHg (ciśnienie krwi),** * **40-200 uderzeń na minutę (puls).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Dokładność pomiaru**   * **ciśnienie ±3 mmHg,** * **tętno ±5%.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Waga: max. 550 g.** | **TAK** |  | Waga <=550 g i > 450 g – 0 pkt,  Waga <= 450 g – 10 pkt. |
| **12.** | **Źródło napięcia: 4 x 1.5 V bateria alkaliczna; rozmiar AAA lub zasilacz sieciowy DC 6V, 600 mA (zasilacz w zestawie).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Wskaźnik niskiego poziomu baterii.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Średnia wszystkich zapisanych pomiarów.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Kontrola dopasowania mankietu.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Akcesoria: stożkowy miękki mankiet M-L (22-42 cm), 4 baterie alkaliczne AA, tekstylna torba do przechowywania.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Wymiary max.: 400 x 260 x 120 mm** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **18.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **19.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 4:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Waga medyczna ze wzrostomierzem | szt. | 3 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **waga medyczna ze wzrostomierzem – 3szt.**

*Kod CPV:* *38311000-8 Wagi elektroniczne i akcesoria*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[8]](#footnote-8)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **waga medyczna ze wzrostomierzem** | 3 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Szklana lub stalowa platforma na stałe połączona z wagą.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Nośność maksymalna: min. 200 kg.** | **TAK** |  | Nośność maksymalna < 210 kg – 0 pkt,  Nośność maksymalna >= 210 kg – 30 pkt. |
| **9.** | **Podziałka: min. 50 g < 150 kg > 100 g.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Zakres pomiaru w cm: min. 30 - 210 cm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Podziałka wzrostomierza: min. 1 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Zasilanie: baterie i/lub adapter.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Ochrona przed przeciążeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Auto-Print.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Wzrostomierz.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Funkcja TARE.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Automatyczne przełączanie zakresów ważenia.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **Funkcje:**   * **CLEAR;** * **Wprowadzenie danych pacjenta;** * **Pre-TARA;** * **Funkcja matka/dziecko;** * **HOLD;** * **Auto-HOLD;** * **BMI;** * **Auto-BMI;** * **Kalibracja.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Automatyczna kalibracja.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Automatyczne wyłączanie.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **21.** | **Interfejs bezprzewodowy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **22.** | **Funkcja SEND i/lub auto-SEND.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **23.** | **Rodzaj wagi: Kolumnowa.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **24.** | **Regulowana amortyzacja** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **25.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **26.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **27.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 5:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Kozetka lekarska | szt. | 3 |  |  |  |  |
| 2. | Stół zabiegowy | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **kozetka lekarska – 3 szt**.

*Kod CPV:* *33192000-2 Meble medyczne*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[9]](#footnote-9)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **kozetka lekarska** | 3 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Rama wykonana w całości z malowanej proszkowo stali lub stali nierdzewnej.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Konstrukcja zapewniająca stabilność i sztywność – przystosowana do stałego obciążenia.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Maksymalne obciążenie: min. 150 kg.** | **TAK** |  | Maksymalne obciążenie >= 150 i < 170 kg,  **>=** 170 kg – 20 pkt. |
| **10.** | **Stopki z tworzywa lub gumy antypoślizgowej – zabezpieczające podłogę przed zarysowaniami.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Długość: minimum 185 cm (tolerancja ±5 cm). Szerokość: minimum 55 cm (tolerancja ±5 cm). Wysokość od podłoża: minimum 55 cm (tolerancja ±5 cm).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Stała wysokość (bez regulacji) lub z opcjonalną możliwością regulacji poziomu nóg.** | **TAK** |  | Stała wysokość – 0 pkt.,  Możliwość regulacji poziomu – 10pkt. |
| **13.** | **Część zagłówkowa z regulacją kąta nachylenia, mechanizmem zapadkowym lub śrubowym, Zakres regulacji nachylenia: min. 30°.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Możliwość całkowitego spłaszczenia powierzchni leżącej.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Tapicerowana, gładka powierzchnia bez przeszyć.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Pokrycie z materiału odpornego na środki dezynfekujące i łatwego do czyszczenia (np. skaj medyczny, winyl).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Kozetka wyposażona w uchwyt na rolkę podkładu.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **Min. 2 sekwencyjna konstrukcja.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **19.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **20.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **21.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **stół zabiegowy- 1szt.**

*Kod CPV:* *33192200-4 Stoły medyczne*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[10]](#footnote-10)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **stół zabiegowy** | 1 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Elektryczna regulacja wysokości.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Możliwość regulacji podnóżka / siedziska.** | **TAK** |  | Ręczna regulacja podnóżka i siedziska – 0 pkt,  Elektryczna regulacja siedziska i/lub podnóżka – 10 pkt. |
| **9.** | **Sterowanie za pomocą pilota nożnego lub pilota ręcznego/przewodowego.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Tapicerka medyczna, łatwa do dezynfekcji.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Rama z lakierowanej stali nierdzewnej.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Maksymalne obciążenie: min. 135 kg.** | **TAK** |  | >=135 kg i < 145 kg – 0pkt,  >= 145 kg – 20 pkt. |
| **13.** | **Stabilna, szeroka podstawa (cztery nogi).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Regulacja kąta oparcia.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Możliwość pełnego spłaszczenia powierzchni.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Wymiary powierzchni leżącej: min. 190cmx60cm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **System blokady pozycji (zapadkowy/elektryczny).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **Zasilanie sieciowe 230 V.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Powierzchnia o wysokiej odporności na ścieranie.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Powierzchnia wodoodporna.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **21.** | **Bezszwowa tapicerka.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **22.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **23.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **24.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 6:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Manekin noworodka do edukacji przedporodowej | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **manekin noworodka do edukacji przedporodowej – 1szt.**

*Kod CPV:* *39162200-7 Pomoce dydaktyczne*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[11]](#footnote-11)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **manekin noworodka do edukacji przedporodowej** | 1 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Fantom powinien możliwie jak najlepiej odzwierciedlić budowę noworodka i umożliwić właściwe przygotowanie do opieki nad dzieckiem. Trwała konstrukcja powinna umożliwiać wielokrotne powtarzanie czynności pielęgnacyjnych, oraz praktyczne przećwiczenie niektórych czynności dla personelu medycznego.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Wielkość fantomu zbliżona do noworodka: długość całkowita w zakresie 48–60 cm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Fantom wykonany z materiałów odpornych na intensywną eksploatację (np. PVC, tworzywa medyczne).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Fantom musi umożliwiać mycie całego ciała (możliwość stosowania wody i środków myjących), przewijanie, ubieranie, higienę miejsc intymnych oraz pielęgnację pępka i przestrzeni międzypośladkowej.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Fantom umożliwia pielęgnację stomii (co najmniej: gastrostomia, tracheostomia).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Fantom możliwość cewnikowania pępowiny.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Fantom musi umożliwiać prowadzenie podstawowych czynności resuscytacyjnych: masażu serca oraz wentylacji (sztucznego oddychania).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Fantom musi umożliwić ćwiczenie udrażniania dróg oddechowych poprzez odchylenie głowy i uniesienie żuchwy oraz przeprowadzanie intubacji przez jamę ustną i nosową.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Fantom umożliwia zakładanie sondy nosowo‑żołądkowej.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Fantom zapewnia palpacyjnie wyczuwalne punkty tętna (minimum: tętnica udowa, ramienna, pępowinowa).** | **TAK** |  | =2 punkty – 0 pkt.,  >2 punkty – 30 pkt. |
| **17.** | **Fantom umożliwia rozróżnienie dróg oddechowych i przełyku (przy próbie błędnej intubacji)** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **18.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **19.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 7:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Lodówka z monitoringiem temperatury | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **lodówka z monitoringiem temperatury – 1szt.**

*Kod CPV:* *39711130-9 Chłodziarki*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[12]](#footnote-12)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **lodówka z monitoringiem temperatury** | 1 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Przeszklone drzwi.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Szerokość: min. 420 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Zasilacz awaryjny: min. 6 godzin wraz z rejestratorem temperatury oraz modułem GSM i powiadomieniami SMS.** | **TAK** |  | = 6h – 0 pkt,  >6h – 30pkt. |
| **10.** | **Pojemność: min. 40l.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Głębokość: min. 400 mm** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Wysokość: min. 550 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Zakres temperatur: minimalny zakres: od 1°C do 8°C.** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Funkcja obiegu wymuszonego.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Oświetlenie LED.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Regulator temperatury: elektroniczny z wyświetlaczem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Funkcja automatycznego odszraniania.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **Automatyczne odparowanie skroplin.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Moc znamionowa: min. 70W.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Alarm otwartych drzwi.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **22.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **23.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **24.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 8:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Spirometr | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **spirometr – 1szt.**

*Kod CPV:* *33100000-1 Urządzenia medyczne*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[13]](#footnote-13)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **spirometr** | 1 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Tworzenie raportów w formacie PDF z poziomu programu - możliwość automatycznego zapisu raportu do wskazanej uprzednio lokalizacji.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Możliwość edycji nazwy pliku raportu uwzględniająca datę urodzenia, imię, nazwisko, płeć, nr PESEL, czas i data wykonania badania.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Wykonanie badania oskrzelowo-płucnego PRE/POST.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Możliwość wykonania MVV (maksymalna dowolna wentylacja), SVC (spirometria swobodna) oraz FVC (spirometria natężona).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Korekcja BTPS: automatyczna.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Mierzenie wartości wdechu i/lub wydechu.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Wartości wzorcowe: min. 15 z listy: ECCS/ERS 1993, Zapletal 1977, ECCS 1983, NHANES III, Knudson 1983, Knudson 1976, Roca 1986, CRAPO 1981, ITS, Perreira – Brazylia, LAM, Gore – Australia, GLI 2012, Hou Shu 1990, Jia Ju-cai 1990, Sun Bin 1990, Liu Shi-Wan 1990, Liu Guo-Hua 1990, Zhu Xi 1990, Wu 1961, Ip 2006, Polgar 1979, Wang Yang 2013, Perez Padilla 2003, Platino 2006, PDPI 2004, Thai 2000 Zapletal 1977.** | **TAK** |  | <20 wartości wzorcowych – 0 pkt,  >= 20 wartości wzorcowych – 30 pkt. |
| **14.** | **Interpretacja w zakresie Enright i ATS.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Określenie LLN (dolnej granicy normy) dla mierzonego parametru.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Zakres przepływu: min. 16 l/s.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Dokładność przepływu ±5% lub 50 ml/s.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **Zakres objętości: min. 0,025 do 8 l.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Dokładność pomiaru objętości (0,025 do 8 l): ± 3% lub 50 ml.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Opór przepływu < 79 Pa/l/s.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **21.** | **Czujnik ciśnienia barometrycznego 700–1200 hPa ±2% (jeżeli wymaga).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **22.** | **Czujnik wilgotności względnej: min. 0 do 100% wilgotności.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **23.** | **Eksport PDF,SVG,JPEG (FAT32), HL7CDA.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **24.** | **Kalibracja samodzielna pompą (jeżeli wymaga).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **25.** | **Możliwość wykonania prób „Prowokacyjnej” i „Bronchodylatacyjnej”.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **26.** | **Możliwość wyboru parametrów pomiarowych umieszczonych w raporcie.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **27.** | **Możliwość wprowadzenia danych pacjenta oraz wybrania norm przewidywanych: Nazwisko i imię, wzrost, waga, płeć, wiek, rasa oraz wyboru dedykowanych wartości wzorcowych.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **28.** | **Możliwość wyboru archiwalnego badania jako punktu odniesienia do aktualnie wykonanego pomiaru – automatyczne porównanie wyników.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **29.** | **Możliwość ustawienia czasu trwania próby - wyrażona w sekundach.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **30.** | **Możliwość korzystania z ustnika jednorazowego użytku lub filtra bakteryjno-wirusowego.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **31.** | **Spirometria natężona: FVC, Best FVC, FEV0.75, FEV1, Best FEV1, FEV3, FEV6, PEF, FEV0.75/FVC, FEV1/FVC, FEV3/FVC, FEV6/FVC, FEV0.75/SVC, FEV1/SVC, FEV3/SVC, FEV6/SVC, PIF, FIVC, FIV1, MEF75, MEF50, MEF25, FEF75, FEF50, FEF25, MMEF, FET25, FET50, MIF75, MIF50, MIF25, PEFT, FIF50, FEF50/FIF50, FEF50/SVC, FEV0.75/FEV6, FEV1/ FEV6, FIV1/FIVC, VEXT, Wiek płuc.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **32.** | **Maksymalna dowolna wentylacja: MVV, MVVf, MRf, MVVt, TV.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **33.** | **Spirometria swobodna: SVC, ERV, IRV, TV, IC, IVC.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **22.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **23.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **24.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 9:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Oczyszczacz powietrza | szt. | 5 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **oczyszczacz powietrza – 5szt.**

*Kod CPV:* *42514200-4 Elektrostatyczne urządzenia do oczyszczania powietrza i gazu*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[14]](#footnote-14)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **oczyszczacz powietrza** | 5 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Funkcja usuwania z powietrza: kurzu, pyłków, lotnych związków organicznych i nieprzyjemnych zapachów.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Zasięg oczyszczania: min. 35m2.** | **TAK** |  | <= 35m2 – 0pkt,  >35m2 – 20 pkt. |
| **9.** | **Funkcja nocna (funkcja cicha).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Głośność: max. 45 dB.** | **TAK** |  | Głośność < 40 dB – 0 pkt,  Głośność <= 35 db – 10 pkt. |
| **11.** | **Automatyczna sygnalizacja potrzeby wymiany filtra.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Sensor jakości powietrza do monitorowania jakości powietrza w pomieszczeniu.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Min. 1 wkład/filtr wymienny w zestawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **14.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **15.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 10:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Bieżnia do prób wysiłkowych | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **bieżnia do prób wysiłkowych – 1szt.**

*Kod CPV:* *37441100-2 Bieżnie mechaniczne*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[15]](#footnote-15)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **bieżnia do prób wysiłkowych** | 1 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Długość: max. 220 cm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Szerokość: max. 80 cm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Wysokość: max. 150 cm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Pow. Pasa: min.  50×150 cm ±2%.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Waga maksymalna pacjenta: min. 165 kg ±2%** | **TAK** |  | <= 175 kg – 0 pkt,  > 175 -20 pkt. |
| **12.** | **Maksymalna waga pacjenta: min. 180kg.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Prędkość 0–20 km/h, krok 0,1.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Nachylenie 0–25%, krok 0,5%.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Silnik pasa: min. 2 KM.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Min. 2 przyciski awaryjne (w tym jeden zewnętrzny).** | **TAK** |  | = 2 przyciski – 0 pkt,  > 2 przyciski – 10 pkt. |
| **17.** | **Moc: max. 2400 W.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **Komunikacja za pomocą portu RS-232.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Wbudowany moduł EKG.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Możliwość przystosowania do rehabilitacji kardiologicznej.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **21.** | **Długość użytkowa taśmy: min. 1400 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **22.** | **Szerokość części użytkowej taśmy: min. 500 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **23.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **24.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **25.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 11:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Aparat USG przenośne (mobilne) | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **aparat usg przenośne (mobilne) – 1szt.**

*Kod CPV:* *33112200-0 Aparaty ultrasonograficzne*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[16]](#footnote-16)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **aparat usg przenośne (mobilne)** | 1 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Waga: max. 8.5kg.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Zasilanie z wbudowanej baterii akumulatorów pozwalające na pracę min. 50 minut.** | **TAK** |  | <1.5h – 0 pkt,  >= 1.5h – 20pk. |
| **9.** | **2D (B-mode).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Regulowana głębokość penetracji w trybie 2D.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Maksymalna penetracja min. 23 cm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Regulowana wzmocnienia w trybie 2D.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Kolor Doppler.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Regulowana położenia bramki color doppler.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Doppler Spektralny.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Oprogramowanie pozwalające na:**   * **badania brzucha,** * **badania nerwów,** * **badania małych narządów,** * **badania naczyń szyjnych i obwodowych,** * **badania płuc,** * **badania kardiologiczne.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Głowica convex:**   * **Elektroniczna głowica convex do badania narządów jamy brzusznej, Pracująca w trybie 2D oraz dopplera kolorowego,** * **Zakres częstotliwości głowicy minimum 2,0÷5,0 MHz,** * **Głębokość penetracji min.23 cm,** * **Kąt skanowania minimum 60º,** * **Ilość kryształów min 120.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **System archiwizacji:**   * **Obrazy, klipy wideo lub badania z informacjami o pacjencie lub bez nich można bezprzewodowo eksportować w ogólnych formatach (jpg, mp4) do udostępnionych folderów sieciowych.** * **Obrazy, klipy wideo lub badania z informacjami o pacjencie można bezprzewodowo eksportować w formacie DICOM.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Aparat z min. 2 gniazdami sond.** | **TAK** |  | = 2 gniazda – 0 pkt,  > 2 gniazda – 10pkt. |
| **20.** | **Kolorowy wyświetlacz LCD o przekątnej min. 12 ”.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **21.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **22.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **23.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 12:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Koncentrator tlenowy | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest: dostawa**: koncentrator tlenowy – 1szt.**

*Kod CPV:* *33157800-3 Urządzenia do podawania tlenu*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[17]](#footnote-17)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **koncentrator tlenowy** | 1 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Zakres tolerancji napięcia min. 200–255 V AC.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Natężenie przepływu 0,5-5 litry na minutę.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Stężenie tlenu: 90 % ± 3 % w całym zakresie przepływu od 0,5 do 5 l/min.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Koncentrator tlenowy wyposażony jest w minimum dwa alarmy. Jeden dla niskiego poziomu tlenu a drugi dla bardzo niskiego poziomu tlenu.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Poziom temperatury roboczej: max. 40 °C ± 3 °C.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Poziom hałasu podczas pracy ≤ 45 dB.** | **TAK** |  | Poziom hałasu <= 45 dB i > 35 dB – 0 pkt.,  Poziom hałasu <= 35 dB – 30 pkt. |
| **13.** | **Waga: max. 3 kg (bez baterii/akumulatora).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Maksymalny czas pracy od pełnego naładowania baterii/akumulatora do jej wylądowania: min. 8h.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Regulacja przepływu; możliwość dostosowania ilości dostarczanego tlenu do indywidualnych potrzeb pacjenta.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Wymiary (z baterią/akumulatorem): max. 27x22x12 cm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **17.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **18.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 13:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Wózek inwalidzki dla osoby dorosłej | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest: dostawa**: wózek inwalidzki dla osoby dorosłej – 1szt.**

*Kod CPV:* *33193000-9 Pojazdy inwalidzkie, wózki inwalidzkie i podobne urządzenia*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[18]](#footnote-18)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **wózek inwalidzki dla osoby dorosłej** | 1 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Materiał ramy: aluminium.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Maksymalne obciążenie min. 120 kg** | **TAK** |  | < 130 kg – 0 pkt,  >= 130 kg – 30pkt. |
| **9.** | **Waga max. 17 kg.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Ergonomiczne uchwyty do pchania.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Tapicerka łatwa do czyszczenia.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Podłokietniki odchylane i odpinane.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Podnóżki regulowane na długość i odpinane.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Szerokość siedziska: min. 390 mm, max. 500 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Wysokość max. 950 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Długość max. 1150 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Koła tylne odpinane na szybkozłączki.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **18.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **19.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 14:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Lampa UV bakterio- i wirusobójcza | szt. | 4 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **lampa UV bakterio- i wirusobójcza – 4szt.**

*Kod CPV:* *33191100-6 Urządzenia sterylizujące*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[19]](#footnote-19)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **lampa UV bakterio- i wirusobójcza** | 4 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Napięcie zasilania: min. 230 V 50 Hz.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Trwałość promiennika: min. 9000 h.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Wydajność wentylatora: min. 130 m3/h.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Zasięg działania lampy: min. 30 m2.** | **TAK** |  | <45 m2 – 0 pkt,  >= 45 m2 – 20 pkt. |
| **11.** | **Typ obudowy: IP 20.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Klasa zabezpieczenia ppor.: I.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Wymiary kopuły: min. 1125 x 215 x 130 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Wymiary: min. 600 x 1340 x 600 mm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Cichy wentylator: max. 40 dB.** | **TAK** |  | Poziom hałasu <= 40 dB i > 30 dB – 0 pkt.,  Poziom hałasu <= 30 dB – 10 pkt. |
| **16.** | **Alarm informujący o potrzebie wymiany promienników.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Obudowa z licznikiem indukcyjnym - wyświetlaczem o wskazaniach z dokładnością do 1h.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **Dwa promienniki UV-C o mocy: min. 30W każdy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Kwasoodporna obudowa.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **22.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **23.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **24.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 15:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Aparat EKG | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **aparat EKG – 1szt.**

*Kod CPV:* *33123200-0 Urządzenia do elektrokardiografii*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[20]](#footnote-20)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **aparat EKG** | 1 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Urządzenie do akwizycji sygnału EKG.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Ekran LCD lub OLED.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Wymiary: max. 400×350×100 mm** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Waga: max. 4.5kg** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Prędkość (mm/s): min. 5, 10, 12.5, 25, 50.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Czułość (mm/mV): min. min. 2.5, 5, 10, 20.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Układ wydruku: 2x6+1R, 1x12+0R.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Liczba odprowadzeni: min. 12.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Pomiar HR: min. 30-300 bpm.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Liczba wyświetlanych odprowadzeni: min. 3, 12.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Zakres częstotliwości: min. 0.05 Hz do 170 Hz.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **Częstotliwość próbkowania: min. 1000 Hz.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Tłumienie sygnału współbieżnego: min. >90 dB (filtr wyłączony) >100 dB (filtr 50/60 Hz włączony).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Interfejs użytkownika: min. ekran zapisu,**  **ekran historii.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **21.** | **Czas trwania 12-kanałowe EKG: min. 10 s.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **22.** | **Pamięć: min. 90 EKG na urządzeniu.** | **TAK** |  | < 150 – 0 pkt,  >= 150 – 20pkt. |
| **23.** | **Możliwość przesyłania raportów w formacie: PNG / DCM / XML / HL7 / PDF / JPG.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **24.** | **Filtr sieciowy: min. 50 Hz,60 Hz.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **25.** | **Filtr izolinii (Dryf): min. 0.05 (3.2 s); 0.25 (0.6 s); 0.6 (0.3 s).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **26.** | **Filtr zakłóceń mięśniowych (Myo): min. 20, 25, 35, 90.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **27.** | **Funkcja wykrywania rozrusznika.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **28.** | **Zasilanie: min. napięcie sieciowe 100- 240V.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **29.** | **W pełni naładowana bateria: min. 1h użytkowania.** | **TAK** |  | <1.5h – 0 pkt,  >= 1.5h – 10 pkt. |
| **30.** | **Ochrona przed defibrylatorem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **22.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **23.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **24.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 16:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Detektor przepływu Doppler | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **detektor przepływu Doppler – 1szt.**

*Kod CPV:* *33124120-2 Diagnostyczne urządzenia ultradźwiękowe*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[21]](#footnote-21)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **detektor przepływu Doppler** | 1 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Funkcja osłuchiwania i wyświetlania na ekranie częstości pracy serca płodu.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Zakres odczytów min. 50 – 210 uderzeń na minutę** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Wyświetlacz LCD lub OLED.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Waga: max. 500g.** | **TAK** |  | <400g i >350g – 0 pkt,  <= 350g – 30 pkt. |
| **11.** | **Rozmiar: max. 200x 90x 50 mm (długość x szerokość x grubość).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Informacja o niskim poziomie energii baterii.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Wyświetlanie krzywej FHR lub duże cyfry.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Funkcja redukcji szumów.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Współpraca z systemem nadzoru okołoporodowego, możliwość przesłania zapamiętanych badań do systemu.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Zasilanie z baterii alkalicznych lub akumulatorów typu AA.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Co najmniej 150 1-minutowych badań na jednym ładowaniu.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **Funkcja oszczędzania energii - automatyczne wyłączenie po zakończeniu badania i braku sygnału Dopplera.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Na wyposażeniu etui, żel, kalkulator ciążowy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Zakres odczytów min. 50 – 210 (±2%) uderzeń na minutę.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **21.** | **Wyjście: min. 1.2W.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **22.** | **Częstotliwość ultradźwięków min. 2, 4, 5, 8.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **22.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **23.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **24.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 17:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Waga z analizatorem masy ciała | szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **waga z analizatorem masy ciała – 1szt.**

*Kod CPV:* *38311000-8 Wagi elektroniczne i akcesoria*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[22]](#footnote-22)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **waga z analizatorem masy ciała** | 1 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Legalizacja medyczna (klasa III).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **8.** | **Maksymalna nośność: min. 270 kg.** | **TAK** |  | >=270 i <290 – 0pkt.,  >= 290 – 20pkt. |
| **9.** | **Dokładność pomiaru: min. 100 g.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Możliwość analizy:**   * **BMI – Body Mass Index,** * **FM – Procent i masa tkanki tłuszczowej,** * **FFM – Beztłuszczowa masa ciała,** * **TBW – Masa i procent wody w organizmie,** * **MA – Wiek metaboliczny,** * **VF – Wskaźnik tłuszczu trzewnego,** * **BMR – Podstawowa przemiana materii.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Zasilanie bateryjne lub sieciowe – elastyczność użytkowania (zasilacz w zestawie).** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Funkcje: HOLD, automatyczne wyłączanie.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Wbudowany port USB – możliwość podłączenia drukarki termicznej lub przesyłania danych do komputera.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Precyzyjna analiza składu masy ciała.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Waga urządzenia: max. 17,50 kg.** | **TAK** |  | Waga własna > 15 kg i <= 17.2 kg – 0pkt.,  Waga własna <= 15 kg – 10 pkt. |
| **16.** | **Dokładność tłuszczu: ±0,1 %.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Dokładność mięśni: ±100 g.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **Dokładność zawartości wody: 0,1 %.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Możliwość wydruku wyników w języku polskim.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Wyświetlacz LCD.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **21.** | **Przedział wiekowy pacjentów: min. przeciał 7-80 lat** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **22.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **23.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **24.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

**Zadanie 18:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POZ.** | **NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **JM** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTK. NETTO** | **WARTOŚĆ**  **NETTO**  **[4 x 5]** | **WARTOŚĆ PODATKU**  **VAT**  **[ZŁ]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[6+7]** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | Aparat do oznaczania glukozy – glukometry | szt. | 3 |  |  |  |  |
| **Łącznie** | | | | |  |  |  |

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: **aparat do oznaczania glukozy – glukometr – 3 szt.**

*Kod CPV:* *33124100-6 Urządzenia diagnostyczne*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa** | **Ilość**  **sztuk** | **Cena jedn.**  **netto w PLN** | **Wartość netto**  **w PLN** | **VAT w %[[23]](#footnote-23)** | **VAT w PLN** | **Wartość brutto**  **w PLN** |
| 1 | **aparat do oznaczania glukozy – glukometr** | 3 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane**  **(podać zakres parametrów**  **lub opisać funkcje,**  **potwierdzić**  **“TAK” lub “NIE”)** | **Parametry oceniane** |
| **1.** | **Model** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **2.** | **Producent** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **3.** | **Kraj pochodzenia** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **4.** | **Nazwa** | **PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **5.** | **Rok produkcji 2024/2025 – fabrycznie nowy** | **TAK, PODAĆ** |  | bez punktacji |
| **6.** | **Oznakowanie znakiem CE** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | |
| **7.** | **Czas pomiaru nie dłuższy niż 5 sekund.** | **TAK** |  | Czas pomiaru = 5s – 0 pkt,  Czas pomiaru < 5s – 30 pkt. |
| **8.** | **Hematokryt co najmniej w zakresie 10-70 %.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **9.** | **Minimalny zakres pomiarowy 0,6 - 33,3 mmol/l = 10 - 600 mg/dl.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **10.** | **Wymagana objętości krwi - nie większa niż 0,8 ul.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **11.** | **Kapilara zasysająca krew na szczycie paska testowego.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **12.** | **Możliwość przeprowadzenia oznaczenia z próbki: krwi włośniczkowej.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **13.** | **Automatyczne włączanie i wyłączanie glukometru - glukometr włącza się samoczynnie poprzez wprowadzenie testu paskowego oraz wyłącza się automatycznie w ciągu 5 sekund po wyjęciu testu - po usunięciu paska.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **14.** | **Zasada pomiaru: biosensoryczna.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **15.** | **Autokodowanie.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **16.** | **Materiał kontrolny na trzech poziomach.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **17.** | **Okres ważności materiału kontrolnego minimum 6 miesięcy po otwarciu fiolki.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **18.** | **Wyrzutnik pasków pomiarowych.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **19.** | **Spełnianie wymogów normy PN-EN ISO 15197:2015 - wymagania dotyczące systemów monitorujących poziom glukozy we krwi do samokontroli u chorych na cukrzycę, lub równoważnej.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **20.** | **Dostawa glukometrów i materiałów kontrolnych - wraz z pierwszą zamówioną dostawą testów paskowych.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **21.** | **Zasilanie - bateria litowa.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **GWARANCJA, SERWIS** | | | | |
| **22.** | **Pełna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego i**  **przekazania oferowanego sprzętu do bieżącej eksploatacji. Minimalny okres gwarancji: 24 m-cy.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **DOSTAWA** | | | | |
| **23.** | **Dostawa zamawianego sprzętu po stronie Wykonawcy z 2 dniowym uprzedzeniem**  **terminu dostawy. Protokół przekazania sprzętu dostarczony wraz z urządzeniem.** | **TAK** |  | bez punktacji |
| **24.** | **Instrukcja obsługi i eksploatacji musi być dostarczona w języku polskim w formie**  **drukowanej przy dostawie.** | **TAK** |  | bez punktacji |

1. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-3)
4. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-4)
5. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-5)
6. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-6)
7. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-7)
8. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-8)
9. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-9)
10. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-10)
11. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-11)
12. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-12)
13. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-13)
14. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-14)
15. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-15)
16. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-16)
17. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-17)
18. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-18)
19. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-19)
20. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-20)
21. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-21)
22. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-22)
23. *W przypadku zaoferowania urządzenia z różnymi stawkami VAT, Wykonawca zobowiązany jest rozbudować nin. tabelę.* [↑](#footnote-ref-23)