Załącznik nr 1 do postępowania nr 6/2025

**Część 1 – Dermatoskop sztuk 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wymagania Techniczne | Wartość Wymagana | Wartość Oferowana |
| I | Dane Ogólne |  |  |
|  | Wykonawca / Producent | Tak, podać |  |
|  | Nazwa, Typ I Model Urządzenia | Tak, podać |  |
|  | Kraj Pochodzenia | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, r. prod. *min. 2025* | Tak, podać |  |
|  | Oświadczenie, że aparat posiada Dokumenty dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu na terenie Polski i spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010r., o wyrobach medycznych (tj. Dz. U.2017 poz. 211). Certyfikat CE/deklaracja zgodności  Oświadczenie załączyć do oferty.  Dokumenty przedstawić na wezwanie Zamawiającego. | Tak, podać |  |
|  | Producent oferowanego urządzenia podejmuje działania mające na celu ograniczenie negatywnego wpływu na środowisko, które może potwierdzić certyfikatem ISO 14001 | Tak, załączyć |  |
| II | Parametry techniczne |  |  |
|  | Ergonomiczna konstrukcja | Tak, podać |  |
|  | Wysokiej jakości optyka bez zniekształceń | Tak, podać |  |
|  | Technologia LEDHQ | Tak, podać |  |
|  | Zastosowana technika spolarozywanego światła | Tak, podać |  |
|  | Funkcja przełączania pomiędzy światłem spolaryzowanym a niespolaryzowanym | Tak, podać |  |
|  | Pole widzenia – rzeczywiste 30 mm +/- 1mm | Tak, podać |  |
|  | Praca w trybie kontaktowym i bezkontaktowym | Tak, podać |  |
|  | Kompensacja dioptrii ogniskowania w zakresie min. -4 do +4 dioptrii. | Tak, podać |  |
|  | Regulacja natężenie światła min. 3 poziomy jasności | Tak, podać |  |
|  | Powiększenie min. 10x | Tak, podać |  |
|  | Bateria akumulatorowa litowo-jonowa | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja pyłoszczelna | Tak, podać |  |
|  | Możliwość dezynfekcji sprayem dezynfekującym | Tak, podać |  |
|  | Płytka kontaktowa sterylizowalna ze skalą (plazma lub sterylizacja parowa) | Tak, podać |  |
|  | Cyfrowa fotodokumentacja – możliwość pobrania darmowej mobilnej aplikacji do tworzenia, zarządzania i dokumentowania zdjęć dermatoskopowych wykonywanych za pomocą oferowanego urządzenia | Tak, podać |  |
|  | Na wyposażeniu:   1. Akumulator 2. Ładowarka 3. Przewód USB 4. Płytka kontaktowa ze skalą 5. Mała płytka kontaktowa do miejsc trudnodostępnych 6. Etui | Tak, podać |  |
| III | Wymagania dodatkowe nieodpłatne |  |  |
|  | Wyposażenie we *w*szystkie akcesoria i elementy niezbędne do pracy bez konieczności dodatkowych zakupów w celu użytkowania i pełnego wykorzystywania wszystkich w/w funkcji | Tak, podać |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zlokalizowany w miejscu zapewniającym wymagany przez zamawiającego czas reakcji serwisu | Tak, podać |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży - co najmniej 7 lat | Tak, podać |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim – 1 szt/1oraz 1 egzemplarz w wersji elektronicznej | Tak, podać |  |
|  | Instalacja, montaż | Tak, podać |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w siedzibie Zamawiającego | Tak, podać |  |
|  | Wymagane przez producenta nieodpłatne przeglądy techniczne wraz z wymianą wszelkich części i zestawów serwisowych wykonane w ramach gwarancji o ile dotyczy. W przypadku braku konieczności wykonywania okresowych przeglądów technicznych załączyć oświadczenie | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |

**UWAGI:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w zapytaniu ofertowym, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów   
   i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów   
   i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

C**zęść 2 – Diatermia chirurgiczna sztuk 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wymagania Techniczne | Wartość Wymagana | Wartość Oferowana |
| I | Dane Ogólne |  |  |
|  | Wykonawca / Producent | Tak, podać |  |
|  | Nazwa, Typ I Model Urządzenia | Tak, podać |  |
|  | Kraj Pochodzenia | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, r. prod. 2025 | Tak, podać |  |
|  | Oświadczenie, że aparat posiada Dokumenty dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu na terenie Polski i spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010r., o wyrobach medycznych (tj. Dz. U.2017 poz. 211). Certyfikat CE/deklaracja zgodności  Oświadczenie załączyć do oferty.  Dokumenty przedstawić na wezwanie Zamawiającego. | Tak, podać |  |
|  | Producent oferowanego urządzenia podejmuje działania mające na celu ograniczenie negatywnego wpływu na środowisko, które może potwierdzić certyfikatem ISO 14001 | Tak, załączyć |  |
| II | Parametry techniczne |  |  |
|  | Aparat elektrochirurgiczny z funkcją głębokiego zamykania naczyń do min.7mm i przystawką/modułem argonowym/ą | Tak, podać |  |
|  | Konfiguracja gniazd zapewniająca pełną funkcjonalność oferowanego zestawu:  Zasilanie 220-240V, 50/60 Hz, SSSS lub rozwiązanie równoważne:  Zasilanie 220-240V, 50/60 Hz, konfiguracja gniazd min.2 monopolarne, min.3 bipolarne, min. 1 elektroda neutralna, możliwość podłączenia różnych standardów wtyczek  lub rozwiązanie równoważne:  Zasilanie 220-240V, 50/60 Hz, konfiguracja gniazd: min. 2 monopolarne  min.1 bipolarne min.1 uniwersalne ( do podłączania instrumentów mono/bipolarnych/do zamykania dużych naczyń -1szt. Min. 1 argonowe, min.1 elektroda neutralna | Tak, podać |  |
|  | Tryby pracy min:  standard, urologia min. resekcja mono i bipolarna, artroskopia/chirurgia otwarta – rozdzielanie tkanek, gastroenterologia, tryby argonowe, bipolarny system zamykania naczyń lub rozwiązanie równoważne  standard, urologia min. resekcja mono i bipolarna, laparoskopia, chirurgia otwarta/ artroskopia – rozdzielanie tkanek , gastroenterologia, koagulacja symultaniczna mono i bipolarna, tryby argonowe | Tak, podać |  |
|  | Pomiar ciśnienia argonu w butli | Tak, podać |  |
|  | Możliwość doposażenia zestawu w system odprowadzania dymu z pola operacyjnego z aktywacją manualną, za pośrednictwem włącznika nożnego lub automatyczną synchronizacją z pracą uchwytu monopolarnego | Tak, podać |  |
|  | Oprogramowanie w języku polskim | Tak, podać |  |
|  | Wielokolorowy, czytelny ekran dotykowy obrazujący parametry urządzenia, służący do komunikacji aparat-użytkownik, wielkość wyświetlacza min. 9” | Tak, podać |  |
|  | Regulacja wybranych przez użytkownika parametrów pracy przy pomocy włącznika nożnego i uchwytu monopolarnego (ze sterylnego pola) | Tak, podać |  |
|  | Monitor poprawnego przylegania elektrody neutralnej z czytelną informacją dla użytkownika | Tak, podać |  |
|  | Możliwość zapamiętania min. 40 programów i zapisania ich pod nazwą procedury lub nazwiskiem lekarza w języku polskim | Tak, podać |  |
|  | Automatyczne dopasowanie mocy wyjściowej aparatu w zależności od właściwości fizykochemicznych tkanek, wielkości i kształtu elektrody tnącej, sposobu prowadzenia ciecia lub koagulacji. Dopasowanie mocy powinno odbywać się w zakresie określonym przez użytkownika , który określa poziom mocy maksymalnej dla każdego rodzaju prądu monopolarnego i bipolarnego | Tak, podać |  |
|  | Regulowana moc wyjściowa dla cięcia monopolarnego do min.400W | Tak, podać |  |
|  | Moc wyjściowa dla cięcia bipolarnego regulowana do min. 400W | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru trybu cięcia dla trybu monopolarnego  – co najmniej 3 rodzaje: delikatny/ mikro osuszający – hemostatyczny/suche cięcie i intensywny – waporyzujący/ resekcja | Tak, podać |  |
|  | Min.2 tryby cięcia frakcjonowanego z interwałami cięcia i koagulacji | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru trybu cięcia dla trybu bipolarnego  – co najmniej 2 rodzaje: delikatny/standard i intensywny/resekcja | Tak, podać |  |
|  | Moc wyjściowa maksymalna do koagulacji bipolarnej  i monopolarnej nie mniejsza niż 200W | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru trybu koagulacji monopolarnej między: delikatną/miękka-niekarbonizującą, intensywną-iskrową/ forsowna, preparującą/forsowna tnąca i natryskową | Tak, podać |  |
|  | Możliwość jednoczasowej pracy przy użyciu dwóch instrumentów monopolarnych | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru trybu koagulacji bipolarnej między: delikatną-niekarbonizującą/mikro i intensywną/forsowana | Tak, podać |  |
|  | Możliwość pracy z funkcją automatycznej aktywacji tzw. Auto Start (po uzyskaniu bezpośredniego kontaktu elektrody z tkanką) dla koagulacji bipolarnej | Tak, podać |  |
|  | Możliwość pracy z funkcją automatycznej dezaktywacji tzw. Auto Stop (po skutecznym skoagulowaniu tkanki) dla koagulacji min. bipolarnej | Tak, podać |  |
|  | W aparacie zainstalowana funkcja bipolarnego zamykania naczyń i struktur naczyniowych o śr. do 7 mm – do stosowania w chirurgii endoskopowej i otwartej | Tak, podać |  |
|  | Funkcja bipolarnego zamykania dużych naczyń powinna opierać się na całkowicie automatycznym dozowaniu prądu w.cz. w określonym czasie (funkcja zamykania naczyń obligatoryjnie z funkcją Auto Stop) | Tak, podać |  |
|  | Aparat powinien automatycznie sprawdzać właściwości tkanki podczas aktywacji funkcji bipolarnego zamykania dużych naczyń, w przypadku tkanki o niedostatecznej rezystancji tkanki lub niewłaściwego zaciśnięcia instrumentu na strukturze – aparat powinien zgłaszać to stosownym komunikatem | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyboru sposobu aktywacji funkcji bipolarnego zamykania dużych naczyń przez wybrany włącznik nożny, przycisk aktywacyjny na instrumencie | Tak, podać |  |
|  | Przystawka argonowa współpracująca z diatermią obsługiwana z poziomu panelu diatermii | Tak, podać |  |
|  | Funkcja płukania instrumentu, po podłączeniu instrumentu do przystawki argonowej | Tak, podać |  |
|  | Rozpoznawanie przyłączonych instrumentów argonowych i automatyczne dobieranie parametrów pracy i przepływu argonu | Tak, podać |  |
|  | Informacja o poziomie napełnienia butli | Tak, podać |  |
|  | Regulacja przepływu argonu w zakresie min.0,1 - 8,0 1 / min | Tak, podać |  |
|  | Minimum 3 różne rodzaje / tryby koagulacji argonowej | Tak, podać |  |
|  | Bezprzewodowa lub przez USB komunikacja z aparatem np. do celów serwisowych przez aplikację dostarczoną razem z aparatem | Tak, podać |  |
|  | Możliwość regulacji min.: jasności i kontrastu ekranu, natężenia dźwięku sygnału aktywacyjnego | Tak, podać |  |
|  | Wizualna i akustyczna sygnalizacja pracy; sygnały akustyczne zróżnicowane dla każdego trybu pracy | Tak, podać |  |
|  | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie komunikatu  z opisem wyświetlanym na ekranie urządzenia w języku polskim. Historia błędów archiwizowana dla potrzeb serwisu | Tak, podać |  |
|  | System stałej kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej (ukierunkowanie elektrody, wielkość aktywnej powierzchni kontaktowej, symetria obciążenia połówek elektrody)  Lub rozwiązanie równoważne  System stałej kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej (stały pomiar rezystancji na dwóch częściach elektrody) | Tak, podać |  |
|  | Automatyczny system bezpieczeństwa elektrody neutralnej dopasowujący każdorazowo tolerancję rezystancji tkanki do właściwości skóry pacjenta | Tak, podać |  |
|  | Sygnalizacja graficzna poprawnej aplikacji elektrody neutralnej. | Tak, podać |  |
|  | Wózek jezdny pod aparat – 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Włącznik nożny podwójny bezprzewodowy z przyciskiem do zmiany programów – 1szt. | Tak, podać |  |
|  | Elektroda neutralna, dzielona o powierzchni min 176x122 mm +/-2 mm, min.110 cm2– 50 szt. Hydrożelowa, jednorazowego użytku, gwarantująca bezpieczne zamknięcie obwodu prądu | Tak, podać |  |
|  | Kabel wielorazowego użytku do jednorazowych elektrod neutralnych, dł. Min.3 m - 1szt.wtyk płaski | Tak, podać |  |
|  | Uchwyt elektrody monopolarnej, wielokrotnego użytku, kompatybilny z oferowanymi elektrodami, 4mm, szeroki, 2 przyciski, kabel dł. min. 4 m, wtyk typu SDS – 5 szt  lub rozwiązanie równoważne  Uchwyt elektrody monopolarnej, wielokrotnego użytku, kompatybilny z oferowanymi elektrodami, trzpień ø 4 mm; kabel dł. min dł. 4m; wtyk 3 bolcowy - 5szt  lub rozwiązanie równoważne  Uchwyt elektrody monopolarnej, wielokrotnego użytku, kompatybilny z oferowanymi elektrodami, 4mm, szeroki, 2 przyciski, kabel dł.min. 4 m, wtyk typu 3-bolcowy– 5 szt | Tak, podać |  |
|  | Uchwyt elektrod monopolarnych jednorazowy ze szpatułką; kabel dł.min.3m -25 szt. | Tak, podać |  |
|  | Elektroda nóż prosty, 25 mm, do uchwytu 4 mm, wielokrotnego użytku – min.5 szt  lub rozwiązanie równoważne  Elektroda nóż prosty 2.3x19 mm; dł. 40-50 mm; do oferowanego uchwytu 4 mm min.5 szt | Tak, podać |  |
|  | Elektroda monopolarna kulkowa wielokrotnego użytku min. -5szt | Tak, podać |  |
|  | Kabel bipolarny, dł. min. 3 m, złącze proste wtyk typu SDS lub rozwiązanie równoważne z wtykiem 2-bolcowym | Tak, podać |  |
|  | Kleszcze typu ThermoStapler (nazwa użyta jedynie w celach poglądowych) do bipolarnego zamykania naczyń, zagięte, gładkie, dł.23 cm, kabel min. 3 m, wtyk SDS min.1szt.  lub rozwiązanie równoważne  Kleszcze do bipolarnego zamykania naczyń o średnicy min. do 7 mm, zagięte, gładkie, dł.23 cm, kabel min.3 m – min.1 szt | Tak, podać |  |
|  | Pinceta bipolarna, prosta ostra; tip 0.5mm; dł. 10-11 cm-1szt | Tak, podać |  |
|  | Pinceta bipolarna, zagięta tępa; tip 1.0mm; dł. 19-20 cm-1szt | Tak, podać |  |
|  | Kabel do pincet bipolarnych; dł. min.4m-2 szt | Tak, podać |  |
|  | Elektroda wolframowa, prosta ø 0.5x3mm; dł. 40-50 mm; trzpień ø 2.4mm-1szt  Lub rozwiązanie równoważne:  Elektroda wolframowa, prosta Ø 0.5x2mm; dł. 59mm; trzpień Ø 4mm-1szt | Tak, podać |  |
|  | Kabel do instrumentów monopolarnych laparoskopowych, dł.min. 4 m – 2 szt. | Tak, podać |  |
|  | Kabel monopolarny do instrumentów endoskopowych ø 3mm; dł. min. 4m-1szt | Tak, podać |  |
|  | Butla argonowa 5l – 1szt.pusta, wyposażona w reduktor klasy medycznej | Tak, podać |  |
|  | Uchwyt elektrody argonowej szeroki, 2 przyciski, kabel min.3,5m, wtyk SDS/LuerLock lub rozwiązanie równoważne  Uchwyt elektrody argonowej szeroki, 2 przyciski, kabel min.3,5m, wtyk 3-bolcowy/LuerLock | Tak, podać |  |
|  | Elektroda argonowa sztywna do koagulacji, dł. robocza min.100 mm, śr.5 mm | Tak, podać |  |
|  | Elektroda argonowa sztywna, typu Lancet prosty 14 mm, dł. robocza 115 mm, śr.5 mm  lub rozwiązanie równoważne  Elektroda argonowa sztywna, typu Lancet prosty 14 mm, dł. robocza 90 mm, śr.5 mm | Tak, podać |  |
|  | Haczyk laparoskopowy typu L – min.2 szt | Tak, podać |  |
| IV | Wymagania dodatkowe nieodpłatne |  |  |
|  | Wyposażenie we *w*szystkie akcesoria i elementy niezbędne do pracy bez konieczności dodatkowych zakupów w celu użytkowania i pełnego wykorzystywania wszystkich w/w funkcji | Tak, podać |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zlokalizowany w miejscu zapewniającym wymagany przez zamawiającego czas reakcji serwisu | Tak, podać |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży - co najmniej 7 lat | Tak, podać |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim – min. 5 szt | Tak, podać |  |
|  | Instalacja, montaż | Tak, podać |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w siedzibie Zamawiającego | Tak, podać |  |
|  | Wymagane przez producenta nieodpłatne przeglądy techniczne wraz z wymianą wszelkich części i zestawów serwisowych wykonane w ramach gwarancji o ile dotyczy. W przypadku braku konieczności wykonywania okresowych przeglądów technicznych załączyć oświadczenie | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |

**UWAGI:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w zapytaniu ofertowym, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów   
   i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów   
   i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

**Część 3 – Lampa operacyjna sztuk 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wymagania Techniczne | Wartość Wymagana | Wartość Oferowana |
| I | Dane Ogólne |  |  |
|  | Wykonawca / Producent | Tak, podać |  |
|  | Nazwa, Typ I Model Urządzenia | Tak, podać |  |
|  | Kraj Pochodzenia | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, r. prod. min. 2025 | Tak, podać |  |
|  | Oświadczenie, że aparat posiada Dokumenty dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu na terenie Polski i spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010r., o wyrobach medycznych (tj. Dz. U.2017 poz. 211). Certyfikat CE/deklaracja zgodności  Oświadczenie załączyć do oferty.  Dokumenty przedstawić na wezwanie Zamawiającego. | Tak, podać |  |
|  | Producent oferowanego urządzenia podejmuje działania mające na celu ograniczenie negatywnego wpływu na środowisko, które może potwierdzić certyfikatem ISO 14001 *lub ISO9001 lub ISO13485* | Tak, załączyć |  |
| II | Parametry techniczne – Lampa operacyjna sufitowa-1szt |  |  |
| 1. 19 | Lampa dedykowana do sal operacyjnych | Tak, podać |  |
| 1. 20 | Lampa operacyjna mocowana do stropu: zestaw złożony z elementów do montażu stropowego, ramion nośnych przewidzianych do montażu serwisowego (nie dopuszcza się ramion z funkcją samodzielnego demontażu przez użytkownika jako niebezpiecznych w razie błędów obsługowych), ramion uchylnych, głowicy, zasilaczy. Na wyposażeniu wszelkie elementy instalacyjne | Tak, podać |  |
|  | Lampa przeznaczona do oświetlenia pola operacyjnego o różnym zakresie: płytkiego, głębokiego, rozległego. | Tak, podać |  |
| 1. 21 | Ramiona obrotowe (wszystkich głowic zawieszone na jednej, wspólnej osi głównej. | Tak, podać |  |
| 1. 22 | Ramiona służące do zamocowania głowic lamp z możliwością obrotu min. 360o  Każde z ramion składa się z obrotowego ramienia prostego oraz obrotowo uchylnego ramienia sprężystego | Tak, podać |  |
| 1. 23 | Wszystkie diody o kolorystyce białej; światło białe w polu operacyjnym, dopuszcza się zastosowanie diod białych o tonach ciepły i zimny. | Tak, podać |  |
| 1. 24 | Lampa przystosowana do montażu i współpracy z nawiewem laminarnym, oraz innymi systemami stosowanymi w sali operacyjnej dotyczące czystego powietrza | Tak, podać |  |
| 1. 25 | Liczba głowic = 2 Czasza główna i czasza pomocnicza (obie o różnej wielkości i parametrach) | Tak, podać |  |
| 1. 26 | Średnica:  - czaszy (głowicy) głównej lampy 685mm +/- 5mm  - czaszy (głowicy) satelitarnej lampy 580mm +/- 5mm | Tak, podać |  |
| 1. 27 | Czasze (obie) o kształcie aerodynamicznym zapewniająca lepsze warunki chłodzenia diod LED, Konstrukcja czaszy < 59mm | Tak, podać |  |
| 1. 28 | Matryca czaszy min.  a) 76 szt widocznych diod LED - dotyczy czaszy głównej  b) 52 szt widocznych diod LED dotyczy czaszy satelitarnej | Tak, podać |  |
| 1. 29 | Wysokie natężenie światła na polu operacyjnym. Maksymalne natężenie światła (przy jasności 100%, w odległości 1m) głowicy ≥ 160 000 lx dla każdej czaszy. | Tak, podać |  |
| 1. 30 | Wysoka bezcieniowość lampy operacyjnej. | Tak, podać |  |
| 1. 31 | Czasza lampy głównej i satelitarnej w kształcie koła o zamkniętej konstrukcji, obudowa z wyfrezowanego litego kawałka aluminium pokryta powłoką antybakteryjną zapewniająca powierzchnię pozbawioną dziur i śrub w celu utrzymania czystości i higieny czaszy lampy | Tak, podać |  |
| 1. 32 | Czasza lampy od górnej strony pokryta powłoką antybakteryjną od spodu osłonięta hartowanym szkłem bezpiecznym | Tak, podać |  |
| 1. 33 | Konstrukcja pozwalająca na łatwe przemieszczanie i precyzyjne ustawianie w żądanym położeniu. Czasza lampy zaopatrzona w min 2 niesterylne uchwyty. | Tak, podać |  |
| 1. 34 | *Wielkość plamy świetlnej stała lub zmienna Zakres regulacji średnicy oświetlenia pola operacyjnego (d10) przy odległości 1m w zakresie min. 17-30 cm dla czaszy głównej i min 17-27 cm dla czaszy pomocniczej sterowane poprzez obrót uchwytu umieszczonego w centralnym geometrycznym środku czaszy – rączka do pozycjonowania czaszy, oraz z panelu sterującego* | Tak, podać |  |
| 1. 35 | Zakres pracy głowic lampy min. 700 mm – 1500 mm (dla obu czasz) | Tak, podać |  |
| 1. 36 | Lampa wyposażona w funkcję w której podczas ponownego włączenia rozpoczynania procesu świecenia z wartościami średnicy pola operacyjnego i natężenia oświetlenia ustawionymi podczas ostatniego użycia | Tak, podać |  |
| 1. 37 | Lampa wyposażona w tryb oświetlenia endoskopowego uruchamianego jednym przyciskiem z panelu sterowania oznaczonym napisem AMBI  Możliwość regulowania natężenia oświetlenia w trybie oświetlenia endoskopowego | Tak, podać |  |
| 1. 38 | Temperatura barwowa regulowana w przedziale min. 3500 do 5500K (dla obu czasz) | Tak, podać |  |
| 1. 39 | Możliwość regulowania wartości natężenia oświetlenia w zakresie podstawowym w min. 25-100 % w min 8 krokach poprzez panel sterujący i uchwyt w osi czaszy lampy | Tak, podać |  |
| 1. 40 | Klawiatura – panel sterowania z możliwością sterowania następującymi funkcjami min. :  - włączanie i wyłączanie lampy  - sterowanie oświetleniem endoskopowym  - regulacja natężenia regulacji oświetlenia  - regulacja wielkości pola operacyjnego  - regulacja temperatury barwowej | Tak, podać |  |
| 1. 41 | Stała temperatura barwowa i wskaźnik rozpoznawania barw podczas regulacji natężenia światła | Tak, podać |  |
| 1. 42 | Współczynnik rozpoznawania barw każdej czaszy Ra ≥ 96%  R9 ≥ 96 | Tak, podać |  |
| 1. 43 | Żywotność matrycy LED ≥ 60000h | Tak, podać |  |
| 1. 44 | Centralny, sterylizowalny uchwyt do pozycjonowania każdej głowicy, umieszczony w osi głównej każdej głowicy / czaszy. Min.8 szt.sterylnych uchwytów z dostawą. | Tak, podać |  |
| 1. 45 | Wzrost temperatury w okolicy głowy chirurga <1°C | Tak, podać |  |
| 1. 46 | *L1+L2 dla głowicy głównej = min. 900mm (w zakresie doświetlenia d10 = 20%).*  *L1+L2 dla głowicy głównej = min. 430mm (w zakresie doświetlenia d10 = 60%).* | Tak, podać |  |
| 1. 47 | *L1+L2 dla głowicy satelitarnej = min. 1000mm (w zakresie doświetlenia d10 = 20%).*  *L1+L2 dla głowicy satelitarnej = min. 520mm (w zakresie doświetlenia d10 = 60%).* | Tak, podać |  |
| 1. 48 | Zasilanie 230V, 50/60 Hz. Całkowity pobór mocy elektrycznej lampy nie więcej niż 80 W. | Tak, podać |  |
| 1. 49 | Stopień ochrony lampy IP min 54 | Tak, podać |  |
| 1. 50 | Sterylny uchwyt umożliwiający ustawianie ostrości plamy świetlnej w polu operacyjnym. Uchwyt umieszczony w środku czaszy. Na każdą czaszę min.4 sterylne uchwyty wraz z dostawą | Tak, podać |  |
| 1. 51 | Dodatkowy tablet ( sterownik ścienny lub przenośny) do sterowania lampami (i kamerą jeśli występuje) z możliwością obsługi następujących funkcji:  - możliwość sterowania jedną lub wieloma lampami chirurgicznymi  - włączanie / wyłączanie światła  - regulacja natężenia światła i regulacja wielkość pola świetlnego  - możliwość wyboru temperatury barwowej światła  - aktywacja funkcji oświetlenia Ambi / Endo z regulacją natężenia światła.  Naciśnięcie przycisku synchronizacji powoduje synchronizację dwóch lub większej liczby lamp do tych samych wartości optycznych w oparciu o wybraną lampę chirurgiczną. | Tak, podać |  |
| 28. | Usługa montażu, regulacji i ustawienia | Tak, podać |  |
| II | Parametry techniczne – Lampa operacyjna mobilna-1szt |  |  |
| 1. 53 | Lampa dedykowana do sal operacyjnych | Tak, podać |  |
| 1. 54 | Lampa na podstawie jezdnej, min.2 koła z możliwością blokady | Tak, podać |  |
| 1. 55 | Lampa przeznaczona do oświetlenia pola zabiegowego: płytkiego, głębokiego, rozległego. | Tak, podać |  |
| 1. 56 | Zakres regulacji położenia głowicy w zakresie: min 780 mm do min 2110 mm | Tak, podać |  |
| 1. 57 | Wszystkie diody o kolorystyce białej; światło białe w polu operacyjnym, dopuszcza się zastosowanie diod białych o tonach ciepły i zimny. | Tak, podać |  |
| 1. 58 | Liczba głowic = 1 | Tak, podać |  |
| 1. 59 | Średnica głowicy lampy 270mm +/- 5mm | Tak, podać |  |
| 1. 60 | Wysokie natężenie światła na polu operacyjnym wyrażone poprzez pomiar w odległości .  a ) Maksymalne natężenie światła (przy jasności 100%, w odległości 1m) głowicy ≥ 100 000 lx dla czaszy | Tak, podać |  |
| 1. 61 | Wysoka bezcieniowość lampy operacyjnej. | Tak, podać |  |
| 1. 62 | Czasza lampy w kształcie koła o zamkniętej konstrukcji obudowa z wyfrezowanego litego kawałka aluminium zapewniająca powierzchnię pozbawioną dziur i śrub w celu utrzymania czystości i higieny czaszy lampy  Lub  *lampa w kształcie zbliżonym do rombu, o przekątnych 40,5 x 28 cm, z uchwytem sterylnym w bocznej części czaszy i osłoną diod wykonaną ze specjalnego tworzywa odpornego na działanie środków dezynfekcyjnych* | Tak, podać |  |
| 1. 63 | Konstrukcja czaszy wysokości maks. 55 mm | Tak, podać |  |
| 1. 64 | Konstrukcja pozwalająca na łatwe przemieszczanie i precyzyjne ustawianie w żądanym położeniu.  Centralny, sterylizowalny uchwyt do pozycjonowania głowicy, umieszczony w osi głównej głowicy. (wraz z dostawą min. 3 uchwyty sterylne)  Uchwyt „brudny” zlokalizowany przy czaszy.  *Lub*  *sterowanie z panelu sterowania umieszczonego z boku czaszy wraz z dostawą min. 3 uchwyty sterylne)* | Tak, podać |  |
|  | Czasza lampy od górnej strony pokryta lakierem proszkowym od spodu osłonięta hartowanym szkłem bezpiecznym *lub lampa od górnej strony pokryta lakierem proszkowym od spodu osłonięta akrylowym szkłem bezpiecznym (PMMA* | Tak, podać |  |
| 14. | Matryca min. 18 widocznych diod LED | Tak, podać |  |
| 15. | *Wielkość plamy świetlnej stała.*  *Średnica oświetlenia pola operacyjnego (d10) przy odległości 1m min. 160mm* | Tak, podać |  |
| 16. | Zakres pracy bez konieczności ogniskowania min. 700 do 1500mm (+/-10mm). | Tak, podać |  |
| 17. | *Temperatura barwowa min. 4350K stała lub regulowana w zakresie obejmującym min. 4350 K* | Tak, podać |  |
| 18. | Możliwość regulowania wartości natężenia oświetlenia w zakresie min. 45-100% | Tak, podać |  |
| 19. | Regulacja natężenia poprzez proste w użyciu pokrętło na górze kopuły lampy | Tak, podać |  |
| 20. | Współczynnik rozpoznawania barw Ra ≥ 96% | Tak, podać |  |
| 21. | Współczynnik rozpoznawania barwy czerwonej R9 ≥ 96 | Tak, podać |  |
| 22. | Żywotność matrycy LED ≥ 60000h | Tak, podać |  |
| 23. | Wzrost temperatury w okolicy głowy chirurga <1°C | Tak, podać |  |
| 24. | *L1+L2 dla głowicy = min. 1000 mm (w zakresie doświetlenia d10 = 20%).* | Tak, podać |  |
| 25. | *L1+L2 dla głowicy = min. 1200 mm (w zakresie doświetlenia d10 = 60%).* | Tak, podać |  |
| 26. | Odległość robocza światła z czaszy w zakresie min. 70-150 cm | Tak, podać |  |
| 27. | Stopień ochrony lampy IP min 42 | Tak, podać |  |
| IV | Wymagania dodatkowe nieodpłatne |  |  |
| 1. 80 | Wyposażenie we *w*szystkie akcesoria i elementy niezbędne do pracy bez konieczności dodatkowych zakupów w celu użytkowania i pełnego wykorzystywania wszystkich w/w funkcji | Tak, podać |  |
| 1. 81 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zlokalizowany w miejscu zapewniającym wymagany przez zamawiającego czas reakcji serwisu | Tak, podać |  |
| 1. 82 | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży - co najmniej 7 lat | Tak, podać |  |
| 1. 83 | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim – min. 5 szt | Tak, podać |  |
| 1. 84 | Instalacja, montaż | Tak, podać |  |
| 1. 85 | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w siedzibie Zamawiającego | Tak, podać |  |
| 1. 86 | Wymagane przez producenta nieodpłatne przeglądy techniczne wraz z wymianą wszelkich części i zestawów serwisowych wykonane w ramach gwarancji o ile dotyczy. W przypadku braku konieczności wykonywania okresowych przeglądów technicznych załączyć oświadczenie | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |

**UWAGI:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w zapytaniu ofertowym, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów   
   i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów   
   i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

**Część 4 – Łóżko rehabilitacyjne sztuk 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wymagania Techniczne | Wartość Wymagana | Wartość Oferowana |
| I | Dane Ogólne |  |  |
|  | Wykonawca / Producent | Tak, podać |  |
|  | Nazwa, Typ I Model Urządzenia | Tak, podać |  |
|  | Kraj Pochodzenia | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, r. prod. 2025 | Tak, podać |  |
|  | Oświadczenie, że aparat posiada Dokumenty dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu na terenie Polski i spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010r., o wyrobach medycznych (tj. Dz. U.2017 poz. 211). Certyfikat CE/deklaracja zgodności  Oświadczenie załączyć do oferty.  Dokumenty przedstawić na wezwanie Zamawiającego. | Tak, podać |  |
|  | Producent oferowanego urządzenia podejmuje działania mające na celu ograniczenie negatywnego wpływu na środowisko, które może potwierdzić certyfikatem ISO 14001 | Tak, załączyć |  |
| II | Parametry techniczne |  |  |
|  | Łóżko do opieki długoterminowej pacjenta i hospicjum domowego | Tak, podać |  |
|  | Łózko sterowane elektrycznie | Tak, podać |  |
|  | Wym. zewnętrzne maks.105 x214 cm | Tak, podać |  |
|  | Wymiary leża 90x 200 cm | Tak, podać |  |
|  | Leże min. 4-sekcyjne, wykonane z metalowych lameli łatwych w dezynfekcji | Tak, podać |  |
|  | Sterowanie przez min. sześciofunkcyjny pilot, z możliwością zawieszenia na ramie | Tak, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie min. 40-80 cm | Tak, podać |  |
|  | Przestrzeń pod łóżkiem (do konstrukcji gdy łóżko jest w najniższej pozycji) min.335 mm. Przestrzeń pod leżem (do siłownika gdy łóżko jest w najniższej pozycji) min. 235 mm | Tak, podać |  |
|  | Regulacja segmentu oparcia pleców, w zakresie min. 0-72 ° | Tak, podać |  |
|  | Regulacja segmentu oparcia uda min.0-28 ° | Tak, podać |  |
|  | Kąt przechyłu pozycji Trendelenburga min.0 - 12° | Tak, podać |  |
|  | Kąt przechyłu pozycji anty-Trendelenburga min. 0 - 12° | Tak, podać |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze min.215 kg | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalna waga pacjenta min.180 kg | Tak, podać |  |
|  | Na wyposażeniu barierki boczne, niedzielone, na całej długości łóżka, składane, z blokadą typu – zatrzaskowa. Zwolnienie barierki poprzez wciśnięcie przycisku w szczycie łóżka. | Tak, podać |  |
|  | Na wyposażeniu wysięgnik z regulowanym uchwytem, możliwość montażu po obydwu stronach łóżka, Opaska antypoślizgowa,profilowany uchwyt. Maks. obciążenie min. 80 kg | Tak, podać |  |
|  | Na wyposażeniu wieszak kroplówki, min. 2 haczyki | Tak, podać |  |
|  | Na wyposażeniu: podstawka typu tablet oraz zestaw transporterów min. 2 szt | Tak, podać |  |
|  | Łóżko wyposażone w materac przeciwodleżynowy pasywny (Profilaktyka odleżyn IV stopnia ):  Materac piankowy trzywarstwowy  wyposażony w kanały napowietrzające , wzmocnione brzegi – wykonane z pianki o podwyższonej gęstości, ułatwiają bezpieczne siadanie i wstawanie oraz pokrowiec medyczny (zdejmowany, zapinany na zamek, wodoodporny, oddychający i antyalergiczny, odporny na bakterie, grzyby i ogień, certyfikat OEKO-TEX, możliwość prania w temperaturze do 95°C i sterylizacji w autoklawie (120°C). | Tak, podać |  |
|  | Min. 6 kolorów okleiny drewnopodobnej do wyboru przez Zamawiającego po podpisaniu umowy | Tak, podać |  |
| IV | Wymagania dodatkowe nieodpłatne |  |  |
|  | Wyposażenie we *w*szystkie akcesoria i elementy niezbędne do pracy bez konieczności dodatkowych zakupów w celu użytkowania i pełnego wykorzystywania wszystkich w/w funkcji | Tak, podać |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zlokalizowany w miejscu zapewniającym wymagany przez zamawiającego czas reakcji serwisu | Tak, podać |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży - co najmniej 7 lat | Tak, podać |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim – min. 5 szt | Tak, podać |  |
|  | Instalacja, montaż | Tak, podać |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w siedzibie Zamawiającego | Tak, podać |  |
|  | Wymagane przez producenta nieodpłatne przeglądy techniczne wraz z wymianą wszelkich części i zestawów serwisowych wykonane w ramach gwarancji o ile dotyczy. W przypadku braku konieczności wykonywania okresowych przeglądów technicznych załączyć oświadczenie | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |

**UWAGI:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w zapytaniu ofertowym, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów   
   i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów   
   i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

**Część 5 – Materac przeciwodleżynowy sztuk 10**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wymagania Techniczne | Wartość Wymagana | Wartość Oferowana |
| I | Dane Ogólne |  |  |
|  | Wykonawca / Producent | Tak, podać |  |
|  | Nazwa, Typ I Model Urządzenia | Tak, podać |  |
|  | Kraj Pochodzenia | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, r. prod. 2025 | Tak, podać |  |
|  | Oświadczenie, że aparat posiada Dokumenty dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu na terenie Polski i spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010r., o wyrobach medycznych (tj. Dz. U.2017 poz. 211). Certyfikat CE/deklaracja zgodności  Oświadczenie załączyć do oferty.  Dokumenty przedstawić na wezwanie Zamawiającego. | Tak, podać |  |
|  | Producent oferowanego urządzenia podejmuje działania mające na celu ograniczenie negatywnego wpływu na środowisko, które może potwierdzić certyfikatem ISO 14001 | Tak, załączyć |  |
| II | Parametry techniczne |  |  |
|  | Pneumatyczny materac przeciwodleżynowy komorowy, typu rurowego. | Tak, podać |  |
|  | Typ: zmiennociśnieniowy | Tak, podać |  |
|  | Zawór CPR |  |  |
|  | Maksymalne obciążenie min.**150 kg** | Tak, podać |  |
|  | Materiał materaca: PCV/NYLON | Tak, podać |  |
|  | Zakres ciśnienia min. 70-120 mmHg | Tak, podać |  |
|  | Przepływ powietrza min. 5-6 l/min | Tak, podać |  |
|  | Czas cyklu maks.12 min | Tak, podać |  |
|  | Wymiary materaca: 184x83x11 cm (długość x szerokość x wysokość) +/- 2 cm | Tak, podać |  |
|  | Waga materaca maks. 4 kg | Tak, podać |  |
|  | W zestawie pompa, umożliwiająca regulację ciśnienia min. ręczną. Waga pompy maks. 1,5 kg | Tak, podać |  |
|  | Pobór mocy maks. 7W | Tak, podać |  |
|  | Na wyposażeniu: **a) Komora zapasowa – min. 1 sztuka/1 materac**  **b)** **Pokrowiec paroprzepuszczalny, łatwy w utrzymaniu czystości – 1 sztuka/1 materac**  **c) Zestaw naprawczy - 1 sztuka /1 materac** | Tak, podać |  |
| III | Wymagania dodatkowe nieodpłatne |  |  |
|  | Wyposażenie we *w*szystkie akcesoria i elementy niezbędne do pracy bez konieczności dodatkowych zakupów w celu użytkowania i pełnego wykorzystywania wszystkich w/w funkcji | Tak, podać |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zlokalizowany w miejscu zapewniającym wymagany przez zamawiającego czas reakcji serwisu | Tak, podać |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży - co najmniej 7 lat | Tak, podać |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim – min. 5 szt | Tak, podać |  |
|  | Instalacja, montaż | Tak, podać |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w siedzibie Zamawiającego | Tak, podać |  |
|  | Wymagane przez producenta nieodpłatne przeglądy techniczne wraz z wymianą wszelkich części i zestawów serwisowych wykonane w ramach gwarancji o ile dotyczy. W przypadku braku konieczności wykonywania okresowych przeglądów technicznych załączyć oświadczenie | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |

**UWAGI:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w zapytaniu ofertowym, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów   
   i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów   
   i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

**Część 6 – Wózek inwalidzki sztuk 10**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wymagania Techniczne | Wartość Wymagana | Wartość Oferowana |
| I | Dane Ogólne |  |  |
|  | Wykonawca / Producent | Tak, podać |  |
|  | Nazwa, Typ I Model Urządzenia | Tak, podać |  |
|  | Kraj Pochodzenia | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, r. prod. 2025 | Tak, podać |  |
|  | Oświadczenie, że aparat posiada Dokumenty dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu na terenie Polski i spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010r., o wyrobach medycznych (tj. Dz. U.2017 poz. 211). Certyfikat CE/deklaracja zgodności  Oświadczenie załączyć do oferty.  Dokumenty przedstawić na wezwanie Zamawiającego. | Tak, podać |  |
|  | Producent oferowanego urządzenia podejmuje działania mające na celu ograniczenie negatywnego wpływu na środowisko, które może potwierdzić certyfikatem ISO 14001 | Tak, załączyć |  |
| II | Parametry techniczne |  |  |
|  | Wózek ogólnego zastosowania dla osób niepełnosprawnych w tym pacjentów hospicjium | Tak, podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie min. 100 kg | Tak, podać |  |
|  | Szerokość siedziska 45 cm+/- 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Głębokość siedziska 42 cm+/- 1 cm | Tak, podać |  |
|  | Szerokość wózka maks. 70 cm | Tak, podać |  |
|  | Szerokość wózka po złożeniu maks. 34 cm | Tak, podać |  |
|  | Składana na krzyżaku rama z aluminium | Tak, podać |  |
|  | Oparcie wykonane w technologii taśm typu np. Velcro (lub rozwiązanie równoważne) umożliwiających regulację głębokości i siły napięcia oparcia | Tak, podać |  |
|  | Wózek wyposażony w uchylne podłokietniki | Tak, podać |  |
|  | Wózek wyposażony w uchylne i demontowalne podnóżki | Tak, podać |  |
|  | Pas zabezpieczający pod łydki | Tak, podać |  |
|  | Podwójny system hamowania (dla pacjenta i dla opiekuna) | Tak, podać |  |
|  | Pas zabezpieczający pacjenta przed wypadnięciem | Tak, podać |  |
|  | Poduszka przeciwodleżynowa | Tak, podać |  |
|  | Koła tylne pompowane wyposażone w system szybkiego demontażu, rozmiar 24” | Tak, podać |  |
|  | Koła tylne pompowane wyposażone w system szybkiego demontażu, rozmiar 24” | Tak, podać |  |
|  | Koła przednie pełne, rozmiar 200x45 | Tak, podać |  |
|  | Tylna kieszonka na dokumentację | Tak, podać |  |
|  | Tylne kółka antywywrotne | Tak, podać |  |
| IV | Wymagania dodatkowe nieodpłatne |  |  |
|  | Wyposażenie we *w*szystkie akcesoria i elementy niezbędne do pracy bez konieczności dodatkowych zakupów w celu użytkowania i pełnego wykorzystywania wszystkich w/w funkcji | Tak, podać |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zlokalizowany w miejscu zapewniającym wymagany przez zamawiającego czas reakcji serwisu | Tak, podać |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży - co najmniej 7 lat | Tak, podać |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim – min. 5 szt | Tak, podać |  |
|  | Instalacja, montaż | Tak, podać |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w siedzibie Zamawiającego | Tak, podać |  |
|  | Wymagane przez producenta nieodpłatne przeglądy techniczne wraz z wymianą wszelkich części i zestawów serwisowych wykonane w ramach gwarancji o ile dotyczy. W przypadku braku konieczności wykonywania okresowych przeglądów technicznych załączyć oświadczenie | Tak, podać |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |

**UWAGI:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w zapytaniu ofertowym, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów   
   i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów   
   i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**