Załącznik nr 7 SWZ

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet nr 6 - DROBNY SPRZĘT MEDYCZNY**

1. **Glukometry – nowe, nieużywane, niedemonstracyjne**

**Rok produkcji: min. 2025 rok  
Ilość: 6 szt.**

**Typ / Nr fabryczny:** ………………………………………………………………..…………  
 (proszę uzupełnić)

**Model / Marka:** ………………………………………………………………………….……  
 (proszę uzupełnić)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Opis przedmiotu zamówienia** | | **Parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** | **Numer katalogowy** |
|  | | | | | |  |
|  | | Zasada pomiaru: metoda biosensoryczna, bez kodowania | | Tak |  |  |
|  | | Enzym: oksydaza glukozowa (GOD) | | Tak |  |  |
|  | | Próbka krwi: krew kapilarna | | Tak |  |  |
|  | | Zakres pomiarowy: 20-600 mg/dl | | Tak |  |  |
|  | | Jednostka pomiaru: mg/dl | | Tak |  |  |
|  | | Objętość próbki krwi: 0,5 µl | | Tak |  |  |
|  | | Czas pomiaru: 5 sekund | | Tak |  |  |
|  | | Zakres hematokrytu 10-70 % | | Tak |  |  |
|  | | Wyrzut paska: bezdotykowy, automatyczny wyrzut zużytego paska testowego | | Tak |  |  |
|  | | Wyświetlenie komunikatu o zbyt małej objętości pobranej próbki krwi | | Tak |  |  |
|  | | Do każdego aparatu po 1 opakowaniu co najmniej 50 sztuk w opakowaniu pasków testowych kompatybilnych z zaoferowanym aparatem | | Tak |  |  |
|  | | Płyny kontrolne 3 stężenia: niskie, prawidłowe, wysokie na okres 6 miesięcy | | Tak |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | | |
|  |  | | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  |  | | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
|  |  | | Czas reakcji od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24 godzin, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
|  |  | | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |

1. **Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi – nowy,** **nieużywany, niedemonstracyjny**

**Rok produkcji: min. 2025   
Ilość: 6 szt.**

**Typ / Nr fabryczny:** ………………………………………………………………..…………  
 (proszę uzupełnić)

**Model / Marka:** ………………………………………………………………………….……  
 (proszę uzupełnić)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** | **Numer katalogowy** |
|  | | | |  |
|  | Precyzyjny pomiar bez względu na położenie mankietu | Tak |  |  |
|  | Automatyczne pompowanie | Tak |  |  |
|  | Pamięć pomiarów: 60 wyników | Tak |  |  |
|  | Wskaźnik prawidłowego założenia mankietu- informacja ok wyświetlana na ekranie | Tak |  |  |
|  | Wskaźnik ruchu ciała | Tak |  |  |
|  | Możliwość zasilania bateryjnego oraz sieciowego w zestawie zasilacz plus baterie | Tak |  |  |
|  | Zakres ciśnienia mankietu: 0- 299 mm Hg | Tak |  |  |
|  | Zakres pomiaru tętna: 40-180 uderzeń/min | Tak |  |  |
|  | Dokładność: 3 mmHg dla ciśnienia i 5 % dla tętna | Tak |  |  |
|  | Waga urządzenia max 400 g bez baterii | Tak |  |  |
|  | Wymiary maksymalnie: 110x90x170 mm | Tak |  |  |
|  | Mankiety: M, L, XL po 2 sztuki (razem 6 sztuk) | Tak |  |  |
|  | Pokrowiec ochronny | Tak |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | |
|  |  | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  |  | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
|  |  | Czas reakcji od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24 godzin, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |  |
|  |  | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
|  |  | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
|  |  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |

1. **Zestaw do reanimacji: AMBU i laryngoskop – nowy, nieużywany, niedemonstracyjny**

**Rok produkcji: min. 2025   
Ilość: 2 szt.**

**Typ / Nr fabryczny:** ………………………………………………………………..…………  
 (proszę uzupełnić)

**Model / Marka:** ………………………………………………………………………….……  
 (proszę uzupełnić)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** | **Numer katalogowy** |
|  | | | |  |
|  | Zestaw zawiera silikonowy resuscytator dla dorosłych i laryngoskop wielorazowego użytku | Tak |  |  |
|  | **Parametry resuscytatora:** | Tak |  |  |
|  | Zawór ciśnieniowy (bezpieczeństwa) PSF, Silikon zawór W/POP- OFF 60 cmH20 | Tak |  |  |
|  | zawór PEEP PSF, Silikon 5~20cmH2O | Tak |  |  |
|  | Worek wentylacyjny silikon pojemność 1500 ml | Tak |  |  |
|  | Wszystkie zawory dolotowe w zestawie PSF, Silikon | Tak |  |  |
|  | Rezerwuar tlenu/worek silikon 2000 ml | Tak |  |  |
|  | temperatura pracy: -18 ° C ~ 50 ° C | Tak |  |  |
|  | temperatura przechowywania: -40 ° C ~ 60 ° C | Tak |  |  |
|  | opór na wdech: ≤ 5 cmH2O @ 50 LPM | Tak |  |  |
|  | opór na wydech ≤ 5 cmH2O @ 50 LPM | Tak |  |  |
|  | PEEP zawór : 5~20 cmH2O | Tak |  |  |
|  | zawór POP-OFF: uwalniany gdy ciśnienie ≥ 60 ml H2O | Tak |  |  |
|  | zewnętrzne złącze pacjenta: 22 mm | Tak |  |  |
|  | wewnętrzne złącze pacjenta: 15 mm | Tak |  |  |
|  | martwa przestrzeń < 6 ml | Tak |  |  |
|  | spodziewana wielkość dostawy: do 675 ml | Tak |  |  |
|  | wymiary produktu po złożeniu maksymalnie: 650 mm (długość) x 150 mm (szerokość) x 150 mm (wysokość) | Tak |  |  |
|  | waga: maksymalnie 500 gram | Tak |  |  |
|  | **Parametry laryngoskopu:** | Tak |  |  |
|  | Wykonany ze stali nierdzewnej | Tak |  |  |
|  | 3 łyżki 2-3-4 | Tak |  |  |
|  | Uchwyt | Tak |  |  |
|  | Etui transportowe | Tak |  |  |
|  | Żarówka umieszczona w łyżce | Tak |  |  |
|  | Lekka satynowa rękojeść | Tak |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | |
|  |  | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  |  | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
|  |  | Czas reakcji od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24 godzin, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |  |
|  |  | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
|  |  | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
|  |  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |

1. **stetoskopy – nowe, nieużywane, niedemonstracyjne**

**Rok produkcji: min. 2025   
Ilość: 4 szt.**

**Typ / Nr fabryczny:** ………………………………………………………………..…………  
 (proszę uzupełnić)

**Model / Marka:** ………………………………………………………………………….……  
 (proszę uzupełnić)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** | **Numer katalogowy** |
|  | | | |  |
|  | Stetoskop z podwójną głowicą wykonaną z wysokiej jakości aluminium o specjalnych właściwościach akustycznych | Tak |  |  |
|  | Głowica w pełni odwracalna- zawór na trzonku głowicy posiada kolorowy wskaźnik ułatwiający określenie aktualnie wybranej strony głowicy | Tak |  |  |
|  | Ultraczuła, duża membrana wzmacniająca wysokie tony uszczelniona metalowym przekręcanym pierścieniem | Tak |  |  |
|  | Duży lejek o średnicy 3 cm zapewniający większe wzmocnienie akustyczne | Tak |  |  |
|  | Słuchawki ręcznie polerowana lira | Tak |  |  |
|  | Wykonane z chromowanego mosiądzu ze wstępnie ustawionym kątem wejścia do ucha 15 0 | Tak |  |  |
|  | Sprężyna zewnętrzna | Tak |  |  |
|  | Przewody akustyczne wykonane z wysokogatunkowego i grubszego PCV | Tak |  |  |
|  | Transmisja dźwięku jednym kanałem akustycznym w konfiguracji „Y” | Tak |  |  |
|  | Miękkie samouszczelniające się oliwki silikonowe- 2 pary małe i duże | Tak |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Informacje dodatkowe** | | | |
| Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
| Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
| Czas reakcji od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24 godzin, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |  |
| Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
| Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
| Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |

1. **pulsoksymetry – nowe, nieużywane, niedemonstracyjne**

**Rok produkcji: min. 2025   
Ilość: 6 szt.**

**Typ / Nr fabryczny:** ………………………………………………………………..…………  
 (proszę uzupełnić)

**Model / Marka:** ………………………………………………………………………….……  
 (proszę uzupełnić)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** | **Numer katalogowy** |
|  | | | |  |
|  | Pulsoksymetr z dwukolorowym wyświetlaczem OLED do pomiaru saturacji hemoglobiny krwi tętniczej SPO2 orz tętna na palcu. | Tak |  |  |
|  | Wyświetlacz typu OLED- dwa kolory | Tak |  |  |
|  | Waga maksymalnie 100 g wraz z bateriami | Tak |  |  |
|  | Zakres pomiaru saturacji: 0-100 % | Tak |  |  |
|  | Zakres pomiaru tętna: 30-235 bpm | Tak |  |  |
|  | 6 trybów orientacji ekranu | Tak |  |  |
|  | Regulacja poziomu jasności 1-10 | Tak |  |  |
|  | Wykres kształtu fali SPO2 | Tak |  |  |
|  | Słupkowy wskaźnik aktywności pulsu | Tak |  |  |
|  | Zasilany 2 bateriami AAA | Tak |  |  |
|  | Wskaźnik niskiego poziomu baterii | Tak |  |  |
|  | Funkcja automatycznego wyłączenia po max 10 sekundach braku sygnału | Tak |  |  |
|  | Pomiar oksyhemoglobiny w oparciu o światło:  Czerwone 660 nm (1,8 mW)  Podczerwień 940 nm (2,0 mW) | Tak |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Informacje dodatkowe** | | | |
| Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
| Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
| Czas reakcji od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24 godzin, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |  |
| Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
| Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
| Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |