

**OFERTA**

.....  
 .....

/wykonawca/

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym na dostawę sprzętu medycznego oferujemy przyjęcie do wykonania przedmiotu zamówienia, którego zakres określono w pkt. 3 SIWZ oraz załącznik nr 1 do SIWZ na następujących zasadach:

1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia na następujących zasadach:
  - a. cena łączna brutto.....zł/słownie:.....zł/  
 cena łączna netto:.....zł/słownie:.....zł/  
 podatek VAT w wysokości.....zł /słownie:...../
  - b. termin wykonania zamówienia: do 30.09.2009 roku**
  - c. Wykonawca udziela gwarancji na każdy z niżej wymienionych elementów przedmiotu zamówienia na okres.....,
  - d. warunki płatności zgodnie z zapisami SIWZ
  - e. parametry techniczne poszczególnych elementów przedmiotu zamówienia zostały opisane wg schematu załączonego do druku oferty i stanowiącego jej integralną część
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia,
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w pkt. 9 SIWZ
4. Oświadczamy, że zawarty w SIWZ projekt umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczamy, że nasza firma spełnia wszystkie warunki określone w SIWZ, w tym zawarte w art.22 ust.1 i art.24 ust 1 i 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, oraz złożyliśmy wszystkie wymagane dokumenty potwierdzające spełnienie tych warunków w wymaganej zapisami SIWZ formie.
6. Podwykonawcom zamierzamy powierzyć wykonanie następujących części zamówienia:
  - a. wykonanie.....firma o nazwie.....z  
 siedzibą.....reprezentowana przez.....
  - b. wykonanie.....firma o nazwie.....z  
 siedzibą.....reprezentowana przez.....
7. Nie zgłaszamy żadnych uwag co do procedury udzielania zamówienia publicznego

.....  
 /podpis osób uprawnionych do reprezentacji/

## **SZCZEGÓŁOWY OPIS POSZCZEGÓLNYCH ELEMENTÓW PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

#### **1. Przedmiot zamówienia: Aparat do znieczulania z monitorowaniem I szt. 1**

Cena Brutto ..... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

L.p.	PARAMETR/WARUNEK	
1.	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK/NIE
	<b>Parametry ogólne</b>	
2.	Zasilanie dostosowane do 230 V 50 Hz	TAK/NIE
3.	Wyposażony w blat do pisania i minimum jedną szufladę na akcesoria	TAK/NIE
4.	Uchwyt do zapasowej butli tlenowej i podtlenu azotu na tylnej ścianie aparatu	TAK/NIE
5.	Wbudowane gniazda elektryczne 230 V (minimum 4 gniazda) na tylnej ścianie aparatu	TAK/NIE ..... Podać liczbę gniazd
6.	Zasilanie gazowe (N2O, O2, powietrze) z sieci centralnej	TAK/NIE
7.	Awaryjne zasilanie gazowe z butli ( N2O, O2)	TAK/NIE
8.	Awaryjne zasilanie elektryczne całego systemu na minimum 30 minut w warunkach standardowych	TAK/NIE ..... Podać okres zasilania awaryjnego
9.	Reduktory do butli O2 i N2O ze złączami zgodnymi z PN wyposażone w manometry i przyłącze do aparatu	TAK/NIE
10.	Ssak iniektorowy z regulacją siły ssania i zbiornikiem na wydzieliny	TAK/NIE
11.	Uchwyty do przynajmniej dwóch parowników mocowanych jednocześnie	TAK/NIE
12.	Blokada uniemożliwiająca jednoczesną podaż dwóch środków wziewnych jednocześnie	TAK/NIE
	<b>System dystrybucji gazów</b>	TAK/NIE
13.	Przepływomierze dla tlenu, podtlenu azotu i powietrza	TAK/NIE
14.	System automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej powyżej 24% +/- 1%	TAK/NIE ..... Podać
15.	Przepływomierze umożliwiające podaż gazów w systemie anestezji z niskimi i minimalnymi przepływami	TAK/NIE
	<b>Układ oddechowy</b>	
16.	Kompaktowy układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności przystosowany do prowadzenia znieczulenia w systemach półotwartym i półzamkniętym	TAK/NIE
17.	Obejście tlenowe o dużej wydajności	TAK/NIE
18.	Wielorazowy pochłaniacz dwutlenku węgla o obudowie przeziernej i pojemności max. 1,5 L	TAK/NIE ..... Podać
19.	Eliminacja gazów poanestetycznych poza salę operacyjną	TAK/NIE
	<b>RESPIRATOR ANESTETYCZNY</b>	TAK/NIE
20.	Możliwość prowadzenia wentylacji ręcznej	TAK/NIE
21.	Oddech spontaniczny	TAK/NIE
22.	SIMV – synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona	TAK/NIE
23.	Wyzwalacz przepływowy z regulacją czułości	TAK/NIE
24.	Tryb wentylacji ciśnieniowo zmienny	TAK/NIE
25.	Tryb wentylacji objętościowo zmienny	TAK/NIE
26.	TAK/NIE	
27.	Minimalny zakres PEEP minimum od 4 do 20 cm H2O (podać zakres)	TAK/NIE
28.	Obrazowanie krzywej ciśnienia w drogach oddechowych	TAK/NIE
	<b>Regulacje</b>	
29.	Regulacja stosunku wdechu do wydechu – minimum 2:1 do 1:4 (podać zakres)	TAK/NIE ..... Podać

30.	Regulacja częstości oddechu minimum od 6 do 80 /min, wentylacja objętościowa i ciśnieniowa (podać zakres)	TAK/NIE ..... Podać
31.	Zakres objętości oddechowej minimum od 20 do 1500 ml wentylacja objętościowa (podać zakres)	TAK/NIE ..... Podać
32.	Regulacja ciśnienia wdechu przy PCV minimum: od 10 do 60 cm H2O (podać zakres)	TAK/NIE ..... Podać
33.	Regulowana płynnie lub skokowo pauza wdechowa w zakresie minimum 5-60%	TAK/NIE ..... Podać
	<b>Alarmy</b>	
34.	Alarm niskiej objętości oddechowej	TAK/NIE
35.	Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego	TAK/NIE
36.	Alarm niskiej częstości oddechów	TAK/NIE
37.	Alarm braku zasilania w energię elektryczną	TA/NIE
38.	Alarm braku zasilania w gazy	TAK/NIE
39.	Alarm Apnea	TAK/NIE
	<b>POMIAR I OBRAZOWANIE</b>	
40.	Stężenia tlenu w gazach wdechowych	TAK/NIE
41.	Objętości oddechowej TV	TAK/NIE
42.	Pojemności minutowej MV	TAK/NIE
43.	Częstotliwości oddechowej f	TAK/NIE
44.	Ciśnienia szczytowego	TAK/NIE
45.	Ciśnienia Plateau	TAK/NIE
46.	Ciśnienia średniego	TAK/NIE
47.	Ciśnienia PEEP	TAK/NIE
48.	Częstości oddychania	TAK/NIE
49.	Automatyczna kompensacja podatności układu oddechowego	TAK/NIE
	<b>Inne</b>	
50.	Komunikacja z aparatem w języku polskim	TAK/NIE
51.	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	TAK/NIE
	<b>Monitor pacjenta do aparatu</b>	
52.	Producent / kraj	..... Podać
53.	Model /typ	..... Podać
54.	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK/NIE
	<b>Parametry ogólne</b>	
55.	Monitor modułowy z wbudowanym akumulatorem na minimum 60 minut pracy. Poszczególne moduły pomiarowe i programowe przenoszone między monitorami bez udziału serwisu	TAK/NIE
56.	System umożliwiający automatyczną konfigurację monitora w celu dopasowania do wymagań różnych stanowisk	TAK/NIE
57.	Kolorowy ekran w postaci płaskiego wbudowanego panela LCD TFT wysokiej jakości. Przekątna ekranu minimum 12". Rozdzielczość minimum 800 x600	TAK/NIE ..... Podać
58.	Opisy i komunikaty ekranowe w języku polskim	TAK/NIE
59.	Bezpieczne i wygodne zamocowanie zestawu do aparatu umożliwiające łatwe dopasowanie położenia ekranu	TAK/NIE
	<b>Mierzone parametry, moduły pomiarowe</b>	

60.	EKG	TAK/NIE
61.	Pomiar częstości akcji serca: Zakres minimum 30 – 250/min	TAK/NIE ..... Podać
62.	Saturacja (SPO2)	TAK/NIE
63.	W komplecie przewód interfejsowy i standardowy czujnik na palec	TAK/NIE
64.	System monitorowania zapewniający poprawne pomiary przy słabym lub zakłóconym sygnale w zakresie 30-100%.	TAK/NIE ..... Podać
65.	Nieinwazyjny pomiar ciśnienia	TAK/NIE
66.	Metoda oscylometryczna. Pomiar ręczny i automatyczny. Pomiar automatyczny z regulowanym interwałem w zakresie 1 - 240 min. Prezentacja wartości: skurczowej, rozkurczowej oraz średniej . Pomiar rytmu serca: min. 30-250 ud./min	TAK/NIE ..... Podać TAK/NIE ..... Podać
67.	W komplecie przewód i zestaw mankietów dla dorosłych, trzy rozmiary, mankiety pomiarowe bez lateksu	TAK/NIE
68.	Pomiar temperatury, dwa tory pomiarowe	TAK/NIE
69.	W komplecie dwa czujniki temperatury: powierzchniowy i rektalny	TAK/NIE
70.	Inwazyjny pomiar ciśnienia	TAK/NIE
71.	Minimum dwa tory pomiarowe	TAK/NIE
72.	Możliwość pomiaru i wpisania nazw różnych ciśnień, w tym ciśnienia śródczaszkowego	TAK/NIE
73.	Pomiar NMT z modułu sterowanego z monitora pacjenta	TAK/NIE
	<b>Prezentacja graficzna</b>	
74.	Prezentacja prężności dwutlenku węgla CO2 w strumieniu wdechowym i wydechowym	TAK/NIE
75.	Prezentacja stężeń wdechowych i wydechowych tlenu w gazach oddechowych	TAK/NIE
76.	Pomiar i prezentacja stężenia środków anestetycznych dla mieszaniny wdechowej i wydechowej dla: podtlenku azotu, izofluranu, sevofluranu, halotanu, desfluranu oraz MAC	TAK/NIE
	<b>Układy alarmowe najważniejszych parametrów</b>	
77.	możliwość szybkiego ustawienia granic alarmowych .	TAK/NIE
	<b>Trendy</b>	
78.	24 godzinne trendy wszystkich mierzonych parametrów, w postaci tabel i wykresów	TAK/NIE
79.	Serwis gwarancyjny min. 24 miesiące	TAK/NIE ..... Podać
80.	Serwis pogwarancyjny – możliwość zapewnienia	TAK/NIE

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**  
Do oferty należy dołączyć ulotki urządzeń w języku polskim potwierdzające parametry techniczne.

## 2. Przedmiot zamówienia: Aparat do znieczulania z monitorowaniem II szt. 2

Cena Brutto za 2 szt. .... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

L.p.	PARAMETR/WARUNEK	
1.	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK/NIE
2.	Zasilanie dostosowane do 230 V 50 Hz	TAK/NIE
3.	Wyposażony w blat do pisania i minimum jedną szufladę na akcesoria	TAK/NIE ..... Podać
4.	Gniazda elektryczne 230 V (minimum 4 gniazda) na tylnej ścianie aparatu	TAK/NIE ..... Podać
5.	Zasilanie gazowe (N <sub>2</sub> O, O <sub>2</sub> , powietrze) z sieci centralnej	TAK/NIE
6.	Awaryjne zasilanie elektryczne całego systemu na minimum 30 minut w warunkach standardowych	TAK/NIE ..... Podać
7.	Ssak iniektorowy z regulacją siły ssania i zbiornikiem na wydzieliny	TAK/NIE
8.	Uchwyty do przynajmniej dwóch parowników mocowanych jednocześnie	TAK/NIE
9.	Blokada uniemożliwiająca jednoczesną podaż dwóch środków wziewnych jednocześnie	TAK/NIE
10.	Precyzyjne przepływomierze dla tlenu, podtlenku azotu i powietrza	TAK/NIE
11	System automatycznego utrzymywania stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej na poziomie min. 24% +/- 1%	TAK/NIE ..... Podać
12	Przepływomierze umożliwiające podaż gazów w systemie anestezji z niskimi i minimalnymi przepływami	TAK/NIE
13.	Kompaktowy układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych i dzieci o niskiej podatności przystosowany do prowadzenia znieczulenia w systemach półotwartym i półzamkniętym	TAK/NIE
14	Obejście tlenowe o dużej wydajności	TAK/NIE
15	Wielorazowy pochłaniacz dwutlenku węgla o obudowie przeziernej i pojemności max. 1,5 L	TAK/NIE ..... Podać
16	Eliminacja gazów poanestetycznych poza salę operacyjną	TAK/NIE
17	Ekran do prezentacji parametrów wentylacji ( podać przekątną )	TAK/NIE
18	Możliwość prowadzenia wentylacji ręcznej	TAK/NIE
19	Tryb wentylacji ciśnieniowo zmienny	TAK/NIE
20	Tryb wentylacji objętościowo zmienny	TAK/NIE
21	Zakres PEEP minimum od 4 do 20 cm H <sub>2</sub> O (podać zakres)	TAK/NIE ..... Podać
22	Obrazowanie krzywej ciśnienia w drogach oddechowych	TAK/NIE
23	Regulacja stosunku wdechu do wydechu - minimum 2:1 do 1:4 (podać	TAK/NIE

	zakres)	..... Podać
24	Regulacja częstości oddechu minimum od 6 do 65 /min wentylacja objętościowa i ciśnieniowa (podać zakres)	TAK/NIE ..... Podać
25	Zakres objętości oddechowej minimum od 50 do 1400 ml wentylacja objętościowa (podać zakres)	TAK/NIE ..... Podać
26	Regulacja ciśnienia wdechu przy PCV minimum: od 10 do 50 cm H <sub>2</sub> O (podać zakres)	TAK/NIE ..... Podać
27	Regulowana płynnie lub skokowo pauza wdechowa w zakresie minimum 5-60%	TAK/NIE ..... Podać
28	Alarm niskiej objętości minutowej	TAK/NIE
29	Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego	TAK/NIE
30	Alarm niskiej częstości oddechów	TAK/NIE
31	Alarm braku zasilania w energię elektryczną	TAK/NIE
32	Alarm braku zasilania w gazy	TAK/NIE
33	Alarm Apnea	TAK/NIE
	<b>POMIAR I OBRAZOWANIE</b>	
1.	Stężenia tlenu w gazach wdechowych	TAK/NIE
2.	Objętości oddechowej TV	TAK/NIE
3.	Pojemności minutowej MV	TAK/NIE
4.	Częstotliwości oddechowej f	TAK/NIE
5.	Ciśnienia szczytowego	TAK/NIE
6.	Ciśnienia Plateau	TAK/NIE
7.	Ciśnienia średniego	TAK/NIE
8.	Ciśnienia PEEP	TAK/NIE
9.	Częstości oddychania	TAK/NIE
	<b>Inne</b>	
10.	Komunikacja z aparatem w języku polskim	TAK/NIE
11.	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	TAK/NIE
	<b>Monitor pacjenta do aparatu</b>	..... Podać
12.	Producent / kraj	..... Podać
13.	Model /typ	..... Podać
14.	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK/NIE
15.	Monitor modułowy, z wbudowanym akumulatorem na minimum 60 minut pracy. Poszczególne moduły pomiarowe i programowe przenoszone między monitorami bez udziału serwisu	TAK/NIE ..... Podać
16.	Wszystkie parametry mierzone dostępne w wymiennych modułach	TAK/NIE
17.	System umożliwiający automatyczną konfigurację monitora w celu dopasowania do wymagań różnych stanowisk	TAK/NIE
18.	Kolorowy ekran w postaci płaskiego pojedynczego wbudowanego panela LCD TFT wysokiej jakości. Przekątna ekranu minimum 12". Rozdzielczość minimum 800 x600	TAK/NIE ..... Podać
19.	Opisy i komunikaty ekranowe w języku polskim	TAK/NIE
20.	Zasilanie sieciowe dostosowane do 230V 50 Hz	TAK/NIE
21.	Bezpieczne i wygodne zamocowanie zestawu do aparatu umożliwiającej	TAK/NIE

	łatwe dopasowanie położenia ekranu	
22.	Pomiar częstości akcji serca: zakres minimum 30 – 250/min	TAK/NIE ..... Podać
23.	W komplecie filtr zakłóceń elektrochirurgicznych	TAK/NIE
24.	System monitorowania saturacji zapewniający poprawne pomiary przy słabym lub zakłóconym sygnale w zakresie 30-100%. w komplecie przewód interfejsowy i standardowy czujnik na palec	TAK/NIE ..... Podać
25.	Nieinwazyjny pomiar ciśnienia	TAK/NIE
26.	W komplecie przewód i zestaw mankietów dla dorosłych, trzy rozmiary, mankiety pomiarowe bez lateksu.	TAK/NIE
27.	Pomiar temperatury, dwa tory pomiarowe, wyświetlanie T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub>	TAK/NIE
28.	W komplecie dwa czujniki temperatury: powierzchniowy i rektalny	TAK/NIE
29.	Inwazyjny pomiar ciśnienia, minimum jeden tor pomiarowy. Możliwość pomiaru i wpisania nazw różnych ciśnień, w tym ciśnienia śródczaszkowego	TAK/NIE
30.	Prezentacja stężeń wdechowych i wydechowych tlenu w gazach oddechowych	TAK/NIE
31.	Pomiar i prezentacja stężenia środków anestetycznych dla mieszaniny wdechowej i wydechowej dla: podtlenu azotu, izofluranu, sevofluranu, halotanu, desfluranu oraz MAC	TAK/NIE
32.	Prezentacja prężności dwutlenku węgla CO <sub>2</sub> w strumieniu wdechowym i wydechowym	TAK/NIE
33.	Możliwość szybkiego ustawienia granic alarmowych	TAK/NIE
34.	Trendy wszystkich mierzonych parametrów	TAK/NIE
35.	Pomiar NMT z modułu sterowanego z monitora anestetycznego	TAK/NIE
36.	Komunikacja z aparatem w języku polskim	TAK/NIE
37.	Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą	TAK/NIE
38.	Serwis gwarancyjny minimum 24 miesiące	TAK/NIE ..... Podać
39.	Serwis pogwarancyjny - możliwość zapewnienia	TAK/NIE

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**  
Do oferty należy dołączyć ulotki urządzeń w języku polskim potwierdzające parametry techniczne.

**3. Przedmiot zamówienia: Inkubator do intensywnego nadzoru nad noworodkiem i stanowiskiem do resuscytacji szt.1**

Cena Brutto ..... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

<b>INKUBATOR OTWARTY DO INTENSYWNEGO NADZORU NAD NOWORODKIEM</b>		
<b>L.p.</b>	<b>Parametr techniczny</b>	
1.	Regulowana wysokość stolika	TAK/NIE
3.	Lampa grzewcza podczerwieni z obrotową głowicą w poziomie w zakresie +/- 130 stopni	TAK/NIE ..... Podać
4	Wielkość leża min. 65 x65 cm	TAK/NIE ..... Podać

5.	Możliwość ustawienia w pozycji Trendelenburga	TAK/NIE
6.	Inkubator wyposażony w kółka z blokadami (łatwe przemieszczanie)	TAK/NIE
7.	Cztery ścianki odchylane z systemem do mocowania drenów	TAK/NIE
8.	Szuflady- minimum dwie	TAK/NIE ..... Podać
9.	Kontrola temperatury ciała noworodka- czujnik naskórny temperatury wielorazowy, pomiar w zakresie 34,5-37,5 stopniaC , Wyświetlanie temperatury	TAK/NIE ..... Podać
10.	Wyświetlacz mocy grzania	TAK/NIE
11.	Alarmy: wysokiej /niskiej temperatury, odłączenia, awarii czujnika temperatury, awarii zasilania	TAK/NIE
12.	Aparat do resuscytacji z ustawialnym dokładnie ciśnieniem PIP (5-60 cm H2O) i PEEP (1-9 cm H2O) i możliwością stosowania CPAP wymagany wskaźnik parametrów.	TAK/NIE ..... Podać
13.	Układ oddechowy podgrzewany jednorazowy z zastawką PEEP 10 szt. Minimum.	TAK/NIE ..... Podać
14.	Nawilżacz współpracujący z różnymi typami respiratorów z możliwością współpracy w wentylacji inwazyjnej jak i n-CPAP lub maską z kontrolą zakresu temperatury	TAK/NIE
15.	Pompy infuzyjne minimum 4 tory.	TAK/NIE
16.	Ssak tlenowy	TAK/NIE
17.	Kardiomonitor z pulsoksymetrem, pomiarem ciśnienia tętniczego, liczby oddechów z zestawem mocującym np. półka- dostosowany dla noworodków	TAK/NIE
18.	Komplet przepływomierzy tlen- powietrze	TAK/NIE
<b>Wydzielone stanowisko do resuscytacji noworodka</b>		
20.	Regulowana wysokość stolika	TAK/NIE
21.	Lampa grzewcza podczerwieni w obrotową głowicą w poziomie w zakresie +/- 130 stopni	TAK/NIE ..... Podać
22.	Wielkość leża 65 x 65 cm.	TAK/NIE ..... Podać
23.	Możliwość ustawienia w pozycji Trendelenburga	TAK/NIE
24.	Stół reanimacyjny neonatologiczny	TAK/NIE
25.	Cztery ścianki odchylane z systemem do mocowania drenów	TAK/NIE
26.	Szuflady minimum dwie	TAK/NIE ..... Podać
27.	Kontrola temperatury ciała noworodka- czujnik naskórny temperatury wielorazowy, pomiar w zakresie 34,5- 37,5 stopnia C, wyświetlanie temperatury	TAK/NIE ..... Podać
28.	Wyświetlacz mocy grzania	TAK/NIE
29.	Alarmy: wysokiej/ niskiej temperatury, odłączenia, awarii czujnika temperatur, awarii zasilania	TAK/NIE
30.	Aparat do resuscytacji z ustawianym dokładnie	TAK/NIE



	ciśnieniem PIP (5-60 cm H <sub>2</sub> O) i PEEP (1-9 cm H <sub>2</sub> O) i możliwością stosowania CPAP wymagany wskaźnik	..... Podać
31.	Układ oddechowy jednorazowy z zastawką PEEP i maseczką w komplecie 10 szt. minimum	TAK/NIE ..... Podać
32.	Komplet przepływomierzy tlen- powietrze	TAK/NIE
33.	Ssak tlenowy	TAK/NIE
	Serwis gwarancyjny – min.24 miesiące	TAK/NIE ..... Podać

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**  
Do oferty należy dołączyć ulotki urządzeń w języku polskim potwierdzające parametry techniczne.

#### 4. Przedmiot zamówienia : Zintegrowany system do higieny ciała szt. 1

Cena Brutto ..... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

L.p.	Parametry zintegrowanego systemu do higieny ciała	
1.	Długość niecki wanny min. 1900 mm	TAK/NIE ..... Podać
2.	Niecka wykonana z włókna szklanego	TAK/NIE
3.	Pojemność maksymalna wanny 300 litrów	TAK/NIE ..... Podać
4.	Wanna wolnostojąca ( bez potrzeby fundamentowania lub kotwiczenia ) wyposażona w:	
a.	Prysznic o długości min. 2 m	TAK/NIE ..... Podać
b.	Baterię termostatyczną	TAK/NIE
c.	Miernik temperatury wody z cyfrowym wyświetlaczem	TAK/NIE
d.	Instalację hydromasażu podwodnego z możliwością odłączenia	TAK/NIE
e.	Oszczędny system dezynfekcji wanny i sprzętu z pompą dozującą	TAK/NIE
f.	Panel elektryczny sterujący podnoszeniem wanny	TAK/NIE
g.	Zastawkę zabezpieczającą przed zsuwaniem się w dół	TAK/NIE
h.	Dostęp do wanny podnośnikiem z trzech stron	TAK/NIE
i.	Wanna wyposażona w poduszkę i regulowany w trzech pozycjach wspornik stóp dostosowujący wannę do pacjentów o różnym wzroście	TAK/NIE
5.	Przystosowana do współpracy z podnośnikiem i wózkami do przewozu chorych	TAK/NIE
6.	Zasilanie elektryczne prądem jednofazowym 230 V	TAK/NIE
7.	Regulacja wysokości wanny	TAK/NIE
	Wózek- podnośnik	TAK/NIE
8.	Nośność nie mniejsza niż 150 kg	TAK/NIE ..... Podać
9.	Długość dostosowana do wanny	TAK/NIE

10	Wyposażony:	
a.	Leże 3- częściowe, obie skrajne części z trzystopniową regulacją nachylenia	TAK/NIE
b.	Elektryczny mechanizm zmiany wysokości leża lub siedziska (baterijny 24 V)	TAK/NIE
c.	Podglówek, materacyk miękki i nienasiąkliwy, możliwy do demontażu i łatwy do dezynfekcji	TAK/NIE
11.	Cztery kółka zwrotne, blokada kół do jazdy na wprost	TAK/NIE
12.	Pasy, barierki, poręcze do zabezpieczenia pacjenta	TAK/NIE

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

**5. Przedmiot zamówienia: Respirator szt. 1**

Cena Brutto ..... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

L.p.	Parametr techniczny	
Parametry ogólne		
1.	Respirator do długotrwałej terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia	TAK/NIE
2.	Respirator dla dorosłych i dzieci o wadze powyżej 10 kg	TAK/NIE
3.	Waga respiratora bez podstawy max. 18 kg	TAK/NIE ..... Podać
4.	Aparat ma wbudowane własne źródło powietrza ( kompresor, turbina) o wydajności umożliwiającej pracę ciągłą respiratora w całym zakresie nastawianych parametrów oddechowych	TAK/NIE
5.	Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu min. 2,9- 5,5 bar	TAK/NIE ..... Podać
6.	Respirator stacjonarno-transportowy na podstawie jezdnej, 2 koła z blokadą	TAK/NIE
7.	Mieszalnik elektroniczno- pneumatyczny kontrolowany mikroprocesorowo	TAK/NIE
8.	Zasilanie AC 250 VAC 50 Hz +/- 10 %	TAK/NIE ..... Podać
9.	Integralny akumulator gwarantujący awaryjne zasilanie do podtrzymywania pracy aparatu w pełnym zakresie nastawianych parametrów oddechowych wraz z wbudowanym źródłem powietrza min. 300 min ( dotyczy zasilania całego aparatu tj. kompresora lub piston lub turbiny i elektroniki respiratora)	TAK/NIE ..... Podać
10.	Rodzaj wbudowanego akumulatora : Nicle Metal Hydride (podać rodzaj)	TAK/NIE ..... Podać
11.	Budowa i działanie przetwornika przepływu ( opisać działanie i podać rodzaj przetwornika)	TAK/NIE
12.	Funkcja nebulizator- podaje zasilanie gazowe do nebulizatora umieszczonego w układzie oddechowym synchronicznie z wdechem	TAK/NIE
13.	Wybór rodzaju nawilżania	TAK/NIE
TRYBY WENTYLACJI		
14.	Wentylacja objętościowo- kontrolowana	TAK/NIE
15.	wentylacja ciśnieniowo- kontrolowana	TAK/NIE
16.	Wentylacja ciśnieniowo- kontrolowana z docelową objętością typu PRVC.	TAK/NIE

	AutoFlow, APV, VC+	
17.	Wentylacja dwupoziomowa typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP	TAK/NIE
18.	Wentylacja z uwolnieniem ciśnienia APRV	TAK/NIE
19.	CMV/Assist- IPPV	TAK/NIE
20.	SIMV w opcji PCV, VCV	TAK/NIE
21.	Wentylacja wspomagania oddechu spontanicznego ciśnienia PSV/ ASB	TAK/NIE
22.	Możliwość ustawienia PEEP/CPAP	TAK/NIE
23.	Wdech manualny o programowanych parametrach, wyzwalany osobnym i tylko do tego przeznaczonym przyciskiem na respiratorze- ze względów bezpieczeństwa nie dopuszcza się przycisku mającego dodatkowe „podwójne” działanie ( np. „wstrzymanie oddechu”)	TAK/NIE
24.	Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów (tryb i nastawy)	TAK/NIE
25.	Możliwość wentylacji pacjentów z nie umieszczonymi rurkami tracheostomijnymi, intubacyjnymi lub przez maskę	TAK/NIE
26.	Westchnienie automatyczne	TAK/NIE
27.	Oddech 100% O <sub>2</sub> z automatycznym wyłączeniem po kilku minutach	TAK/NIE
	Parametry nastawialne	
28.	Częstość oddechów minimum 3-75/min. ( podać w oddechach na minutę)	TAK/NIE ..... Podać
29.	Objętość pojedynczego oddechu VCV minimum 50-1900 ml	TAK/NIE ..... Podać
30.	Przepływ wdechowy regulowany dla oddechów obowiązkowych objętościowo- kontrolowanych minimum 10-120 l/min	TAK/NIE ..... Podać
31.	Możliwość wyboru kształtu przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo- kontrolowanych (VCV) minimum kwadratowa i opadająca	TAK/NIE ..... Podać
32.	Czas wdechu minimum 0,3-6,0 s	TAK/NIE ..... Podać
33.	Przepływ bazowy nastawiany ręcznie (podać zakres)	TAK/NIE
34.	Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie minimum 21-100 %	TAK/NIE ..... Podać
35.	Ciśnienie wdechowe PCV minimum 5-70 cm H <sub>2</sub> O	TAK/NIE ..... Podać
36.	Ciśnienie wspomaganie PSV/ASB minimum 0-50 cm H <sub>2</sub> O	TAK/NIE ..... Podać
37.	PEEP/CPAP minimum 0-30 cm H <sub>2</sub> O	TAK/NIE ..... Podać
38.	Wysoki poziom ciśnienia przy BiPAP, BiLevel, APRV minimum 5-50 cmH <sub>2</sub> O	TAK/NIE ..... Podać
39.	Niski poziom ciśnienia przy BiPAP, BiLevel, APRV minimum 0-30 cmH <sub>2</sub> O	TAK/NIE ..... Podać
40.	Czas wysokiego poziomu ciśnienia minimum 0,3-20 s	TAK/NIE ..... Podać

41.	Możliwość regulacji wspomaganie oddechu spontanicznego ciśnienia na obu poziomach ciśnienia przy BiPAP, BiLevel, APRV,	TAK/NIE
42.	Regulacja czułości zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB minimalny zakres 5-25 %	TAK/NIE ..... Podać
43.	Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta minimalny zakres 1-9 l/min	TAK/NIE ..... Podać
	Pomiary parametrów wentylacji	
44.	Pomiar parametrów za pomocą czujników zewnętrznych lub wbudowanych w aparat (opisać)	TAK/NIE
45.	Przetwornik przepływu wielokrotnego użytku przystosowany do sterylizacji w autoklawie	TAK/NIE
46.	Kolorowy monitor LCD aktywna matryca TFT, wbudowany (zintegrowany) łącznie z respiratorem w jednej obudowie ( na płycie czołowej), do obrazowania wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji min 10”( opisać)	TAK/NIE ..... Podać
47.	Graficzna, jednoczesna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu	TAK/NIE
48.	Graficzna prezentacja pętli ciśnienie –objętość i objętość- przepływ	TAK/NIE
49.	Integralny pomiar stężenia tlenu	TAK/NIE
50.	Całkowita częstość oddychania	TAK/NIE
51.	Częstość oddechów spontanicznych	TAK/NIE
52.	Objętość pojedynczego oddechu	TAK/NIE
53.	Objętość pojedynczego oddechu spontanicznego	TAK/NIE
54.	Całkowita objętość wentylacji minutowej	TAK/NIE
55.	Objętość spontanicznej wentylacji minutowej	TAK/NIE
56.	Ciśnienie szczytowe (PIP)	TAK/NIE
57.	Średnie ciśnienie w układzie oddechowym (MAP)	TAK/NIE
58.	Stosunek wdech/wydech I:E	TAK/NIE
59.	Ciśnienie PEEP/CPAP	TAK/NIE
60.	Podatność statyczna płuc pacjenta	TAK/NIE
61.	Czas wdechu	TAK/NIE
62.	Rejestr zdarzeń	TAK/NIE
63.	Zapis trendów wszystkich mierzonych parametrów w respiratorze min 24 h	TAK/NIE ..... Podać
64.	Obrazowanie w respiratorze trendów w formie graficznej i tabelarycznej	TAK/NIE
	Alarm	
65.	Hierarchia alarmów w zależności od ważności min. 2 kategorie	TAK/NIE ..... Podać
66.	Brak zasilania w energię elektryczną	TAK/NIE
67.	Rozładowanie baterii	TAK/NIE
68.	Niskie ciśnienie tlenu zasilającego	TAK/NIE
69.	Za niskie lub zbyt wysokie stężenie tlenu w ramieniu wdechowym	TAK/NIE
70.	Całkowita objętość minutowa (niska)	TAK/NIE
71.	Wysokie ciśnienie wdechowe	TAK/NIE
72.	Niskie ciśnienie wdechowe lub rozłączenie układu	TAK/NIE
73.	Wysoka częstość oddechów	TAK/NIE
74.	Bezdech z regulacją czasu obserwacji minimalny zakres 15-40 s.	TAK/NIE ..... Podać

75.	Pamięć alarmów ( opisać)	TAK/NIE
	Inne pożądane funkcje i wyposażenie	TAK/NIE
76.	Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji ( opisać)	TAK/NIE
77.	Łatwy wybór elementów obsługi na ekranie np. przez dotyk ekranu (touch screen)	TAK/NIE
78.	Możliwość powrotu do nastawień ostatniego pacjenta po wyłączeniu aparatu	TAK/NIE
79.	Testy sprawdzające działanie aparatu ( wpisać rodzaj)	TAK/NIE
	Wyposażenie	
80.	Dwuramienny układ oddechowy wielokrotnego użytku posiadający wąż wdechowy i wydechowy oraz złączkę Y z możliwością włączenia filtra HME min 2 komplety	TAK/NIE ..... Podać
81.	Nawilżacz gazów oddechowych wraz z kompletem dwóch komór jednorazowego użytku min 1 komplet	TAK/NIE ..... Podać
82.	Ramię podtrzymujące układ oddechowy min 1 sztuka	TAK/NIE ..... Podać
83.	Przetwornik przepływu minimum 1 szt.	TAK/NIE ..... Podać
84.	Elementy zaworu wydechowego podlegające sterylizacji minimum 1 komplet	TAK/NIE ..... Podać
85.	Nebulizator jednorazowego użytku minimum 10 szt.	TAK/NIE ..... Podać
86.	Maski do nieinwazyjnej wentylacji ( 3 rozmiary) minimum 1 komplet	TAK/NIE ..... Podać
	Pozostałe	
87.	Komunikacja w języku polskim	TAK/NIE
88.	Instrukcja obsługi w języku polskim ( przy dostawie)	TAK/NIE
89.	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK/NIE

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**  
Do oferty należy dołączyć ulotki urządzeń w języku polskim potwierdzające parametry techniczne.

#### 6. Przedmiot zamówienia : Ssak elektryczny szt. 7

Cena Brutto za 7 szt. .... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

L.p.	Parametry techniczne	
Ssak elektryczny		
1.	Zasilanie 230 V/50 Hz	TAK/NIE
2.	Maksymalne podciśnienie min. 85 kPa	TAK/NIE ..... Podać
3.	Maksymalny przepływ min. 30 l/min.	TAK/NIE ..... Podać
4.	Waga max. 3,6 kg	TAK/NIE

		..... Podać
5.	Wymiary max. 350x210x180 mm	TAK/NIE
		..... Podać
6.	Norma EN 60601-1 ; ISO 10079-1	TAK/NIE
Wyposażenie ssaka elektrycznego		
7.	Butla z poliwęglanu 2 litrowa z zaworem zabezpieczającym przed przepełnieniem	TAK/NIE
8.	Regulator podciśnienia	TAK/NIE
9.	Wskaźnik podciśnienia	TAK/NIE
10.	Dreny silikonowe	TAK/NIE
11.	Filtr bakteryjny	TAK/NIE
12.	Łącznik drenów	TAK/NIE

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**  
Do oferty należy dołączyć ulotki urządzeń w języku polskim potwierdzające parametry techniczne.

### 7. Przedmiot zamówienia : Defibrylator przenośny szt. 1

Cena Brutto ..... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

L.p.	Parametry techniczne	
1.	Tryb pracy: ręczny, doradczy, ustawienia, obsługi, symulacji	TAK/NIE
2.	Defibrylator półautomatyczny, ręczny	TAK/NIE
3.	Monitor EKG, SpO2, NIBP, EtCO2, IBP, prowadzenie kardiowersji	TAK/NIE
4.	Pamięć trendów, analiza odcinka ST, nagrywanie dźwięków	TAK/NIE
5.	Dwufazowa fala defibrylacji ADAPTIVTM	TAK/NIE
6.	Energia wyjściowa 2-360 J minimum 25 poziomów	TAK/NIE
		..... Podać
7.	Ekran kolorowy LCD minimum 141x105 mm	TAK/NIE
		..... Podać
8.	Wymiary 317x389x217 mm	TAK/NIE
		..... Podać
9.	Waga od 9-9,5 kg z baterią	TAK/NIE
		..... Podać
10.	Przystosowany do pracy w pogotowiu lotniczym	TAK/NIE
11.	Komplet odprowadzeń EKG	TAK/NIE
12.	Akcesoria do transmisji w systemie Lifenet	TAK/NIE

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**  
Do oferty należy dołączyć ulotki urządzeń w języku polskim potwierdzające parametry techniczne.

### 8. Przedmiot zamówienia: Kardiomonitor szt. 6

Cena Brutto za 6 szt. .... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

L.p.	Parametry techniczne	
1.	Monitor kompaktowy o wadze nie większej niż 3,1 kg	TAK/NIE ..... Podać
2.	Kolorowy ekran LCD TFT ( 800x 480) o przekątnej minimum 7"	TAK/NIE ..... Podać
3.	Monitor posiadający sondę temperatury	TAK/NIE
4.	Ilość kanałów dynamicznych minimum 5	TAK/NIE ..... Podać
5.	Trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich parametrów min 120 godz.	TAK/NIE ..... Podać
6.	Zasilanie monitora 230 V/50 Hz	TAK/NIE
7.	Wewnętrzne zasilanie akumulatorowe na co najmniej 2 godziny pracy	TAK/NIE ..... Podać
<b>Pomiar EKG/ST/RESP</b>		
8.	Pomiar częstości pracy serca w zakresie co najmniej 30 do 300 B/min	TAK/NIE ..... Podać
9.	Pomiar częstości oddechu w zakresie co najmniej od 6 do 120 R/min	TAK/NIE ..... Podać
10.	Przewód EKG z 3 końcówkami	TAK/NIE
11.	100 jednorazowych elektrod EKG do długotrwałego monitorowania. Opakowanie nie większe niż 25 szt. Średnica nie mniejsza niż 55 mm złącze przesunięte względem środka elektrody. Karta katalogowa zawierająca opis techniczny oraz parametry elektryczne	TAK/NIE ..... Podać
<b>Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną</b>		
12.	Wyświetlanie wartości ciśnienia skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK/NIE
13.	Tryb pracy ręczny	TAK/NIE
14.	Tryb pracy automatyczny- przedziały czasowe pomiaru w zakresie co najmniej od 1 min do 8 godz.	TAK/NIE ..... Podać
15.	Mankiety duży, średni i mały dla dorosłych. Mankiet pediatryczny. Przewód łączący mankiet z monitorem	TAK/NIE
16.	Nieinwazyjny ciągły pomiar ciśnienia krwi w ciągu 5 min.	TAK/NIE ..... Podać
	<b>Pomiar saturacji i pletyzmografia</b>	TAK/NIE
17.	Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości saturacji i częstości pulsu	TAK/NIE
18.	Dźwięk wykrycia pulsu o zmiennym tonie zależnym od wartości saturacji	TAK/NIE
19.	Czujnik pomiarowy na palec. Przewód łączący czujnik z monitorem	TAK/NIE

Pomiar temperatury		
20	Wyświetlanie wartości temperatury ciała w zakresie minimum 15 do 45 stopni	TAK/NIE ..... Podać
21.	Czujnik temperatury powierzchniowy	TAK/NIE

UWAGA: **Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**  
Do oferty należy dołączyć ulotki urządzeń w języku polskim potwierdzające parametry techniczne.

### 9. Przedmiot zamówienia: Kardiomonitor z kapnografem szt. 1

Cena Brutto ..... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

L.p.	Parametry techniczne	
1.	Monitor przystosowany do pracy w standardowej sieci Ethernet	TAK/NIE
2.	Modułowa budowa systemu- moduły parametrowe wymienne przez użytkownika bez udziału serwisu	TAK/NIE
3	Komunikacja moduły- jednostka centralna poprzez złącze podczerwieni	TAK/NIE
4.	Kolorowy, zintegrowany w jednej obudowie z jednostką centralną i miejscami parkingowymi na moduły ekran LCD TFT o przekątnej minimum 12”	TAK/NIE ..... Podać
5.	Ilość kanałów dynamicznych co najmniej 8	TAK/NIE ..... Podać
6.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK/NIE
7.	Przyciski szybkiego dostępu do menu obsługi poszczególnych mierzonych parametrów na obudowach ich modułów pomiarowych	TAK/NIE
8.	Obsługa poprzez pokrętkę z funkcjami wyboru i zatwierdzania	TAK/NIE
9.	Trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich mierzonych parametrów co najmniej 96 godz.	TAK/NIE ..... Podać
10	Zapamiętywanie krzywych dynamicznych w czasie rzeczywistym (full disclosure) co najmniej 1 godz.	TAK/NIE ..... Podać
11.	Zapamiętywanie odcinków krzywych dynamicznych związanych z sytuacjami alarmowymi co najmniej 100	TAK/NIE ..... Podać
12.	Funkcja obliczeń hemodynamicznych	TAK/NIE
13.	Funkcja obliczania dawkowania leków (kalkulator lekowy)	TAK/NIE
14	Funkcja obliczeń parametrów nerkowych	TAK/NIE
15.	Zasilanie monitora 230 V/50 Hz	TAK/NIE
16	Wbudowane zasilanie akumulatorowe	TAK/NIE
17	Możliwość rozbudowy systemu o moduły: inwazyjny pomiar ciśnienia (3,4 wejście)	TAK/NIE ..... Podać
Pomiar EKG/ST/Resp		
18.	7- odprowadzeniowe EKG- moduł wyposażony w przewód EKG z 5 końcówkami EKG	TAK/NIE
19.	Pomiar częstości pracy serca w zakresie co najmniej 20 do 250 B/min.	TAK/NIE ..... Podać



20.	Pomiar częstości oddechu w zakresie co najmniej od 6 do 120 R/min	TAK/NIE ..... Podać
21.	Analiza odchylenia odcinka ST	TAK/NIE
22.	Analiza arytmii- ilość wykrywanych kategorii zaburzeń rytmu minimum 10	TAK/NIE ..... Podać
Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną		
23.	Wyświetlanie wartości ciśnień skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK/NIE
24.	Tryb pracy ręczny	TAK/NIE
25.	Tryb pracy automatyczny- odstępy pomiarowe co najmniej od 3 do 360 minut	TAK/NIE ..... Podać
26.	Do każdego kardiomonitora mankiety dla dorosłych duży, 2 średnie i mały oraz mankiety pediatryczny. Przewód łączący mankiety z modulem	TAK/NIE ..... Podać
Pomiar saturacji i pletyzmografia		
27.	Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej oraz wartości saturacji i częstości pulsu	TAK/NIE
28.	Dźwięk sygnalizujący wykrycie pulsu o zmiennej charakterystyce zależnej od wartości saturacji	TAK/NIE
29.	Czujnik SpO2 dla dzieci i dorosłych na palec. Czujnik SpO2 typu Y z klamerką na ucho	TAK/NIE
Pomiar temperatury ( dwa kanały)		
30.	Wyświetlanie wartości temperatur w dwóch punktach ciała	TAK/NIE
31.	Wyświetlanie wartości temperatury różnicowej	TAK/NIE
32.	Czujnik temperatury powierzchniowy i centralny	TAK/NIE
Pomiar ciśnienia inwazyjnego ( dwa kanały)		
33.	Wyświetlanie wartości skurczowego, rozkurczowego i średniego	TAK/NIE
34.	Przewód interfejsowy oraz po 10 jednorazowych przetworników na kanał pomiarowy	TAK/NIE
Pomiar kapnografii w strumieniu bocznym		
35.	Pomiar częstości oddechu w zakresie co najmniej 5-100 R/min	TAK/NIE ..... Podać
36.	Pomiar stężenia CO2 w zakresie co najmniej 0-90 mmHg	TAK/NIE ..... Podać
37.	W ofercie z każdym modulem min. 50 linii pomiarowych, min.50 adapterów do układu pacjenta, min. 50 pułapek wodnych	TAK/NIE ..... Podać
38.	Udokumentowana możliwość rozbudowy o nieinwazyjny pomiar rzutu serca	TAK/NIE

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**  
Do oferty należy dołączyć ulotki urządzeń w języku polskim potwierdzające parametry techniczne.

#### 10. Przedmiot zamówienia : Holter szt. 1

Cena Brutto ..... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

Lp.	Parametry techniczne	
<b>Wymagania techniczne dla jednostki analizy</b>		
1.	Jednostka komputerowa z min. 120 GB dyskiem HDD procesorem min. Intel Dual Core 2,0 GHz 1 M 800 MHz z procesorem RAM min. 1024, Monitor LCD min. 19" Drukarka Laserowa, System operacyjny WINDOWS XP lub VISTA , Stolik pod system	TAK/NIE ..... Podać
2.	Przeglądanie fragmentów EKG w trybie stronicowym	TAK/NIE
3.	Przeglądanie EKG w trybie wstęg (strip)	TAK/NIE
4.	Analiza automatyczna oparta na tworzeniu wzorców pobudzeń	TAK/NIE
5.	Automatyczna analiza arytmii komorowych i nadkomorowych	TAK/NIE
6.	Automatyczna analiza odcinka ST	TAK/NIE
7.	Analiza turbulencji HRT	TAK/NIE
8.	Możliwość konfiguracji parametrów analizy	TAK/NIE
9.	Możliwość korekty klasyfikacji każdego pobudzenia	TAK/NIE
10.	Automatyczny dobór przykładów ilustrujących epizody arytmii i zmiany odcinka ST	TAK/NIE
11.	Baza danych pacjentów i badań	TAK/NIE
12.	Możliwość konfiguracji raportu końcowego	TAK/NIE
13.	Możliwość analizy zapisów dłuższych niż 36 godzin	TAK/NIE ..... Podać
14.	Możliwość wyboru analizowanych kanałów w zakresie min. od 1 do 3	TAK/NIE ..... Podać
15.	Możliwość ustawienia punktów pomiarowych ST niezależnie dla każdego kanału	TAK/NIE
16.	Natychmiastowy dostęp do zapisów EKG z dowolnego poziomu analizy ( tabele , trendy)	TAK/NIE
17.	Możliwość prezentacji pobudzeń z danej klasy w trybie stronicowym	TAK/NIE
18.	Możliwość bezpośredniej edycji tabeli arytmii	TAK/NIE
19.	Wykrywanie epizodów uniesień odcinka ST z uwzględnieniem nachylenia	TAK/NIE
20.	Analiza epizodów obniżenia odcinka ST z uwzględnieniem rodzaju nachylenia	TAK/NIE
21.	Automatyczna kalibracja w zakresie oceny odcinka ST	TAK/NIE
22.	Możliwość wyłączenia z analizy fragmentów zapisu	TAK/NIE
23.	Archiwizacja danych na :	
a.	Dysku twardym	TAK/NIE
b.	Dyski CD-RW	TAK/NIE
c.	Dysk sieciowy	TAK/NIE
<b>Wymagania dla rejestratora holterowskiego 3 kanałowego</b>		
1.	Rejestrator cyfrowy	TAK/NIE
2.	Liczba rejestrowanych odprowadzeń min. 3	TAK/NIE ..... Podać
3.	Czas rejestracji min 48 godzin	TAK/NIE ..... Podać
4.	Liczba elektrod max 7	TAK/NIE ..... Podać
5.	Zapis na kartach pamięci	TAK/NIE

6.	Automatyczna rejestracja momentu rozpoczęcia badania ( data, godzina)	TAK/NIE
7.	Rejestracja bez kompresji danych	TAK/NIE
8.	Przycisk zdarzeń pacjenta	TAK/NIE
9.	Detekcja pików rozrusznika serca	TAK/NIE
10.	Kontrola stanu baterii	TAK/NIE
11.	Podgląd zapisu EKG na monitorze komputera w czasie rzeczywistym	TAK/NIE
12.	Zachowanie danych EKG bez zasilania rejestratora	TAK/NIE
13.	Sygnalizacja stanu aktywności rejestratora	TAK/NIE
<b>Wymagania dla systemu długotrwałego monitorowania ciśnienia tętniczego</b>		
1.	Metoda pomiaru oscylometryczna	TAK/NIE
2.	Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego	TAK/NIE
3.	Pomiar częstości rytmu	TAK/NIE
4.	Możliwość podziału okresu badań na podokresy	TAK/NIE
5.	Możliwość programowania cykli pomiarowych	TAK/NIE
6.	Czas rejestracji większy niż 72 godziny	TAK/NIE ..... Podać
7.	Pomiar na żądanie	TAK/NIE
8.	Wyświetlacz alfanumeryczny	TAK/NIE
9.	Automatyczny dobór ciśnienia w rękawie pacjenta	TAK/NIE
10.	Możliwość wyświetlania na ekranie zmierzonych wartości	TAK/NIE
11.	Możliwość zablokowania wyświetlacza	TAK/NIE
12.	Współpraca z komputerem klasy PC	TAK/NIE
13.	Wykrywanie błędnych pomiarów oraz powtórka pomiaru	TAK/NIE
14.	Kabel łączący komputer z rejestratorem w zestawie	TAK/NIE
15.	Co najmniej trzy średnice rękawów : 1- dla dzieci, 2- dla dorosłych, 3- dla dorosłych otyłych	TAK/NIE
	Parametry oprogramowania	
16.	Możliwość podziału doby na kilka podokresów pomiarowych (min.4)	TAK/NIE
17.	Możliwość przeglądania wyników pomiarów w formie tabeli	TAK/NIE
18.	Automatyczna eliminacja błędnych pomiarów	TAK/NIE
19.	Możliwość wprowadzania uwag	TAK/NIE
20.	Prezentacja wyników pomiarów w formie wykresów	TAK/NIE
21.	Zaznaczanie na wykresie wartości progowych oddzielnie dla każdego podokresu	TAK/NIE
22.	Obliczenie procentu pomiarów przekraczających wartości progowe dla całości badania i poszczególnych podokresów	TAK/NIE
23.	Wyliczenie takich wartości jak: ciśnienia maksymalne, średnie i minimalne dla całości badania jak i dla każdego podokresu	TAK/NIE
24.	Możliwość archiwizacji danych	TAK/NIE
25.	Możliwość konfiguracji parametrów pomiarowych	TAK/NIE
26.	Możliwość konfiguracji raportu	TAK/NIE
27.	Minimum 24 miesiące gwarancji na :	
a.	System zapisu i analizy EKG metodą holtera	TAK/NIE ..... Podać
b.	3 kanałowy rejestrator zapisu EKG metodą holtera	TAK/NIE ..... Podać
c.	System długotrwałego monitorowania ciśnienia tętniczego	TAK/NIE ..... Podać

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

Do oferty należy dołączyć ulotki urządzeń w języku polskim potwierdzające parametry techniczne.

### 11. Przedmiot zamówienia: Pulsoksymetr szt. 2

Cena Brutto za 2 szt. .... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

L.p.	Parametry techniczne	
1.	Zakres SpO2 0-100%	TAK
2.	Dokładność pomiaru SpO2 w zakresie 80-100% :min +/- 2 %	TAK/NIE ..... Podać
3.	Zakres pulsu 30-250 uderzeń na minutę	TAK/NIE ..... Podać
4.	Dokładność pomiaru pulsu : min. +/- 1 % pełnej skali	TAK/NIE ..... Podać
5.	Ekran monitora min 3x12 cm (podać)	TAK/NIE ..... Podać
6.	Regulacja kontrastu wyświetlacza	TAK/NIE
7.	Prezentacja krzywej pletyzmograficznej na ekranie	TAK/NIE
8.	Stałe wyświetlanie wartości pulsu i saturacji	TAK/NIE
9.	Granice alarmów stale widoczne na ekranie	TAK/NIE
10.	Graficzny wskaźnik jakości sygnału dochodzącego z czujnika	TAK/NIE
11.	Możliwość ustawienia granicznej wartości pulsu i saturacji	TAK/NIE
12.	Możliwość wyboru zaprogramowanych ustawień granic alarmowych dla dorosłych i noworodków	TAK/NIE
13.	Dźwiękowa sygnalizacja tętna ( zmiana wysokości tonu tętna wraz ze zmianą wartości saturacji)	TAK/NIE
14.	Histogram z min 24 godzin	TAK/NIE ..... Podać
15.	Przeglądanie bieżąco gromadzonych danych w postaci trendów na ekranie urządzenia	TAK/NIE
16.	24 godzinny zegar z datą	TAK/NIE
17.	Pełne komunikaty wyświetlane w j. polskim	TAK/NIE
18.	Automatyczny test i diagnostyka aparatu po jego włączeniu	TAK/NIE
19.	Możliwość przesyłania danych do komputera PC bądź wydruku na drukarce	TAK/NIE
20.	Wyjścia komunikacyjne :RS232	TAK/NIE
21.	Możliwość rozbudowy o moduł wyjścia analogowego	TAK/NIE
22.	Możliwość stosowania czujników jedno- i wielorazowych	TAK/NIE
23.	Alarmy wizualne i dźwiękowe ( opisać)	TAK/NIE
24.	Alarm w przypadku przekroczenia wartości granicznej pulsu i saturacji ( opisać)	TAK/NIE
25.	2 minutowe wyciszenie dźwięku alarmu	
26.	Możliwość ustawienia głośności alarmu	TAK/NIE
27.	Alarm stanu czujnika	TAK/NIE
28.	Alarm awarii systemu	TAK/NIE
29.	Alarm stanu rozładowania baterii	TAK/NIE

30.	Wyświetlanie komunikatów technicznych ( opisać)	TAK/NIE
31.	Zasilanie: Sieciowe 100-120/220-240 VAC 50/60 Hz Wewnętrzny akumulator Doładowywanie automatyczne	TAK/NIE
32.	Czas pracy naładowanego akumulatora nie obciążonego urządzeniami zewnętrznymi min. 3 godz.	TAK/NIE ..... Podać
33.	Łatwe przenoszenie aparatu- wygodny uchwyt	TAK/NIE
34.	Mała waga- poniżej 3,5 kg.(podać)	TAK/NIE ..... Podać
35.	Stopka umożliwiająca zmianę kąta nachylenia aparatu	TAK/NIE
36.	Uniwersalny czujnik wielorazowego użytku na palec (min. 1 szt. na urządzenie) lub uniwersalny czujnik wielorazowego użytku typ Y (min 1 szt. na urządzenie) -podać	TAK/NIE ..... Podać
37.	Szkolenie personelu medycznego i technicznego w zakresie obsługi urządzenia	TAK/NIE
38.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK/NIE

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**  
Do oferty należy dołączyć ulotki urządzeń w języku polskim potwierdzające parametry techniczne.

## 12. Przedmiot zamówienia: Strzykawkowa pompa infuzyjna szt. 2

Cena Brutto za 2 szt. .... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

L.p.	Parametry techniczne	
1.	Klasyfikacja wg IEC/EN 60-601-1, odporna na defibrylację, sprzęt CF, klasa ochrony II, klasa ochrony I w połączeniu ze SpaceStation	TAK/NIE
2.	Klasyfikacja wg Dyrektywy 93/42 EEC, lib	TAK/NIE
3.	Ochrona przed wilgocią IP22	TAK/NIE
4.	Zewnętrzne zasilanie: Napięcie znamionowe-poprzez opcjonalny adapter do zasilania (napięcie znamionowe 100...240 V) AC-50/60 Hz przy działaniu samodzielnym, 11...16 V DC zewnętrzne niskie napięcie- zasilanie 12 V	TAK/NIE ..... Podać
5.	System wzywania personelu: max 24V/0,5A/24VA (VDE 0834)	TAK/NIE ..... Podać
6.	EMC, IEC/EN 60601-1-2/60601-2-24	TAK/NIE
7.	Czas działania 100% (działanie w trybie ciągłym)	TAK/NIE
8.	Warunki działania: -Relatywna wilgotność 30 % ....90% (bez kondensacji) -Temperatura +5.....+40 °C - ciśnienie atmosferyczne: 500....1060 mbar	TAK/NIE ..... Podać
9.	Warunki przechowywania: - relatywna wilgotność 30 % ....90% (bez kondensacji) -Temperatura – 20 .....+50 °C - ciśnienie atmosferyczne: 500....1060 mbar	TAK/NIE ..... Podać
10.	Rodzaj akumulatora NiMH	TAK/NIE
11.	Czas działania akumulatora: min 8 godz przy 25 ml/h	TAK/NIE .....

		Podać
12	Czas ładowania: max. 6 godzin	TAK/NIE ..... Podać
13.	Waga : do 1,5 kg	TAK/NIE ..... Podać
14.	Wymiary (szer x wys x głęb) max: 250x70x 155 mm	TAK/NIE ..... Podać
15.	Ustawienia objętości zaprogramowanej do infuzji: 0,1-00,99 ml ( narastająco co 0,01 ml) 100,0-999,0 ml ( narastająco co 0,01 ml ) 1000-9999 ml ( narastająco co 0,01 ml)	TAK/NIE ..... Podać
16.	Ustawienie czasu: 00:01- 99:59 h	TAK/NIE
17	Precyzja ustawionej prędkości : + 2% według IEC/EN 60601-2-24	TAK/NIE
18	Alarm w przypadku niesprawnego dozowania	TAK/NIE
19	Selekcja prędkości dozowania, zakres prędkości wlewu ciągłego/bolusa w zależności od rozmiaru strzykawki	TAK/NIE
20.	Zwiększanie prędkości: 0,1-00,99 ml ( narastająco co 0,01 ml/h) 100,0-999,0 ml ( narastająco co 0,01 ml/h ) 1000-9999 ml ( narastająco co 0,01 ml/h)	TAK/NIE ..... Podać
21.	Precyzja podawania bolusa, standardowo mniej niż 0,2 ml	TAK/NIE ..... Podać
22	Dawka podtrzymująca KVO: Prędkość infuzji większa niż 10 ml/h- szybkość KVO = 3 ml/h Prędkość infuzji mniejsza niż 10 ml/h- szybkość KVO= 1 ml/h Prędkość infuzji mniejsza niż 1 ml/h – szybkość KVO= 3 ml/h	TAK/NIE ..... Podać
23.	Podłączenie komputera , połączenie USB w kombinacji z kablem połączeniowym	TAK/NIE
24.	Zapis historii: min. 1000 ostatnich wpisów, 100 zdarzeń do diagnozy systemu	TAK/NIE ..... Podać

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**  
Do oferty należy dołączyć ulotki urządzeń w języku polskim potwierdzające parametry techniczne.

### 13. Przedmiot zamówienia: Stół operacyjny chirurgiczny szt. 1

Cena Brutto ..... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

I.p.	Parametry techniczne	
1.	Stół do operacji ogólnochirurgicznych	TAK/NIE
2.	Napęd stołu elektrohydrauliczny	TAK/NIE
3	Niezależny, alternatywny napęd stołu, mechaniczno- hydrauliczny obsługiwany dźwignią nożną i panelem umieszczonym na kolumnie stołu ( wybór funkcji z panelu lub poprzez dźwignię nożną, sterowanie uruchamiane dźwignią nożną umieszczoną w podstawie), umożliwiające sterowanie następującymi funkcjami:	TAK/NIE

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- regulacja wysokości</li> <li>- przechyły boczne</li> <li>- przechyły wzdłużne</li> </ul>	
4.	Niezależny napęd alternatywny zapewniający pracę stołu zarówno w przypadku awarii napędu podstawowego, jak i awarii sterowania lub zasilania podstawowego stołu	TAK/NIE
5.	Długość stołu z blatem : nie mniej niż 2050 mm	TAK/NIE ..... Podać
6	Całkowita szerokość blatu: nie mniej niż 540 mm	TAK/NIE ..... Podać
7.	Regulacja wysokości min od 750 do 1050 mm	TAK/NIE ..... Podać
8.	Regulacja oparcia pleców min od – 40 ° do 85 ° (+/-5)	TAK/NIE ..... Podać
9.	Regulacja podglówka min. Od – 45° do 45°	TAK/NIE ..... Podać
10.	Przechył boczny – 30° do 30° ( +/- 3)	TAK/NIE ..... Podać
11	Przechył Trendelenburga i anty- Trendelenburga w zakresie 43° ( +/- 3)	TAK/NIE ..... Podać
12	Regulacja kąta odchylenia podnóżków min od – 90° do 25° (+/- 5)	TAK/NIE ..... Podać
13	Przesuw wzdłużny blatu 350 mm (+/- 50 mm)	TAK/NIE ..... Podać
14	Regulacja pilotem przez układ elektro- hydrauliczny następujących pozycji: <ul style="list-style-type: none"> <li>- regulacja wysokości</li> <li>- przechyły wzdłużne i boczne</li> <li>- poziomowanie</li> </ul>	TAK/NIE
15	Pilot wyposażony w sygnalizację stanu naładowania akumulatorów oraz funkcję poziomowania blatów	TAK/NIE
16.	Zasilanie bateryjne 24 V- ładowarka wbudowana w podstawę stołu	TAK/NIE
17.	Regulacja segmentu oparcia pleców, podglówka oraz podnóżków wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą	TAK/NIE
18	Regulacje poprzez sprężyny gazowe zwalniane uchwytem łatwo dostępnym dla personelu	TAK/NIE
19	Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej –powierzchnie matowe	TAK/NIE
20.	Podstawa w kształcie litery „T” zapewniająca dobry dostęp chirurga do blatu stołu	TAK/NIE
21	Stół przejezdny- mobilny z systemem blokowania	TAK/NIE
22.	Blat stołu co najmniej 5-cio segmentowy- podglówek na całą szerokość blatu	TAK/NIE
23.	Płyta oparcia pleców dzielona w proporcji 1:2 z możliwością wypiętrzenia klatki piersiowej	TAK/NIE
24.	Regulacja wypiętrzenia klatki piersiowej w zakresie min. 120 mm	TAK/NIE

		..... Podać
25	Możliwość zamiany segmentu nóg z podgłówkiem płytowym	TAK/NIE
26	Blat przenikalny dla promieni RTG z możliwością wykonywania zdjęć RTG oraz możliwością monitorowania pacjenta przy pomocy ramienia C- prowadnice na kasetę RTG co najmniej w segmencie podgłówka, oparcia pleców i siedziska	TAK/NIE
27	Materace bezszwowe, demontowane, wykonane z pianki poliuretanowej spienionej	TAK/NIE
28	Maksymalne obciążenie stołu nie mniej niż 225 kg	TAK/NIE ..... Podać
29	Wyposażenie stołu: -ramka ekranu - wieszak kroplówki - podpórka ręki - uchwyt przewodów anestetycznych	TAK/NIE
30	Powierzchnie stołu łatwe do czyszczenia i dezynfekcji	TAK/NIE
31.	Deklaracja zgodności CE, rejestracja wyrobu	TAK/NIE
32	Serwis gwarancyjny min. 24 miesiące	TAK/NIE ..... Podać

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**  
Do oferty należy dołączyć ulotki urządzeń w języku polskim potwierdzające parametry techniczne.

**14. Przedmiot zamówienia: Stół zabiegowo- operacyjny ginekologiczny szt. 1**

Cena Brutto ..... zł w tym podatek VAT ... % tj. .... Zł

Producent :

Kraj pochodzenia :

Oferowany model :

Rok produkcji aparatu – fabrycznie nowy:

L.p.	Parametry techniczne	
1.	Mobilny hydrauliczny stół zabiegowo- operacyjny z blokadą	TAK/NIE
2	Szerokość całkowita min 540 mm	TAK/NIE ..... Podać
3.	Długość całkowita min. 2050 mm	TAK/NIE ..... Podać
4.	Regulacja wysokości blatu w zakresie min od 750 mm do 1000 mm	TAK/NIE ..... Podać
5	Blokada uruchamiana pedałem nożnym	TAK/NIE
6	Blat stołu przezierny dla promieni RTG , mocowany na stałe do kolumny	TAK/NIE
7	Możliwość monitorowania pacjentów ramieniem C	TAK/NIE
8	Blat stołu składający się z 5 segmentów: - segment głowy - segment pleców - segment lędźwiowa - dzielone podnóżki	TAK/NIE
9	Zakres regulacji segmentu pleców: opuszczanie min – 40°, podnoszenie min. + 80°	TAK/NIE .....



		Podać
10	zakres regulacji segmentu nożnego: opuszczanie min – 90°, podnoszenie min. 20°	TAK/NIE ..... Podać
11	Zakres regulacji segmentu głowy: opuszczanie min – 45°, podnoszenie min 45°	TAK/NIE ..... Podać
12	Zakres regulacji pozycji –regulacja przy pomocy sprężyn gazowych z blokadą: - Trendelenburga 33° (+/- 3) - Anty- trendelenburga 33° (+/-)	TAK/NIE ..... Podać
13	Obustronna regulacja przechyłu bocznego blatu min 25°	TAK/NIE ..... Podać
14	Regulacja wysokości za pomocą siłownika hydraulicznego nożnego umieszczonego z boku kolumny	TAK/NIE
15.	Regulacja segmentu oparcia pleców, podglówka, regulacja podnóżków wspomagane sprężynami gazowymi z blokadą	TAK/NIE
16	Przesuw wzdłużny stołu min 300 mm	TAK/NIE ..... Podać
17	Przechyły boczne uzyskiwane mechanizmem śrubowym za pomocą korby	TAK/NIE
18	Antystatyczne oraz bezszwowe materace odporne na środki dezynfekujące	TAK/NIE
19	Konstrukcja stołu oraz podstawa wykonane ze stali nierdzewnej	TAK/NIE
20	Kolumna stołu umieszczona centralnie	TAK/NIE
21	Dopuszczalne obciążenie stołu min 200 kg	TAK/NIE ..... Podać
22	Wyposażenie stołu operacyjnego: - podpórka ręki 1 szt. - Ramka ekranu 1 szt. - Wieszak do kroplówki 1 szt. - Przystawka ginekologiczna – 1 komplet składający się z miski i podkolanników - Fotel ginekologiczny z elektryczną regulacją nachylenia siedziska oraz oparcia pleców	TAK/NIE
23	Deklaracja CE	TAK/NIE
24	Gwarancja min 24 miesiące	TAK/NIE ..... Podać

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**  
Do oferty należy dołączyć ulotki urządzeń w języku polskim potwierdzające parametry techniczne.

.....  
/podpis osób uprawnionych do reprezentacji/