**Załącznik nr 7**

**Opis parametrów technicznych przedmiotu zamówienia**

Uwaga! - dotyczy wszystkich pakietów: Dopuszcza się składanie ofert równoważnych.

Informacja – dla zobrazowania przedmiotu zamówienia i sprecyzowania potrzeb użytkownika w niniejszej specyfikacji przedstawiono szczegółowy opis techniczny urządzeń (zamawiający posiłkował się katalogami producenta) jednakże – uwaga! nie należy tego traktować jako wskazanie.

**Pakiet 1 :**

Resuscytator (AMBU) – 10 sztuk.

Nazwa urządzenia ( model/typ): ......................................

Producent: ..........................................

Rok produkcji: nie wcześniej niż 2014r

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Wymagany parametr** | **Wymogi** | **Oferowane parametry z podaniem strony oferty potwierdzającej te parametry** |
|  | **Urządzenie fabrycznie nowe** | TAK |  |
|  | **Rok produkcji 2014** | TAK |  |
| 1 | Możliwość wentylacji pacjentów o masie ciała od 15 kg | TAK |  |
| 2 | Prosta konstrukcja zaworu pacjenta ułatwiająca demontaż w celu czyszczenia i sterylizacji - zawór z pojedynczą membraną | TAK |  |
| 3 | Możliwość podłączenia zaworu PEEP na zaworze pacjenta bez potrzeby stosowania dodatkowych złączek | TAK |  |
| 4 | Dodatkowa powłoka worka zabezpieczająca przed wytworzeniem zbyt wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych bez skokowej utraty objętości oddechowej | TAK |  |
| 5 | Odłączany rezerwuar tlenu o objętości 1500 ml umożliwiający podawanie wysokich stężeń tlenu w mieszanie oddechowej | TAK |  |
| 6 | Maska dla dorosłych z miękkim wypełnianym powietrzem mankietem, dobrze przylegająca do twarzy rozmiary | TAK |  |
| 7 | Pasek zabezpieczający przed wyślizgiwaniem się z dłoni | TAK |  |
| 8 | Możliwość sterylizacji wszystkich elementów resuscytatora w autoklawie (w temp 134ºC) włącznie z maskami i rezerwuarem tlenu | TAK |  |
| 9 | Certyfikat CE | TAK |  |
| 10 | Gwarancja – min 12 m-cy | TAK |  |

Oferent potwierdza, iż oferowane urządzenie zawiera w/w wymagane parametry techniczne.

..........................,dn.................

……………………………………………………

(Podpisy wykonawcy lub osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

**Pakiet 2 :**

Urządzenie do konwekcyjnego odgrzewania pacjenta - 2 sztuki

Nazwa urządzenia (mode/ typ): ......................................

Producent: ..........................................

Rok produkcji: nie wcześniej niż 2014r

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Opis parametrów** | **Parametry graniczne** | **Oferowane parametry z podaniem strony oferty potwierdzającej te parametry** |
| 1 | **Urządzenie fabrycznie nowe** | **TAK** |  |
| 2 | **Rok produkcji 2014** | **TAK** |  |
| 3 | Ochrona obudowy przed zachlapaniem | TAK, Min. IPX 1 |  |
| 4 | Wymiary |  |  |
| 5 | Masa |  |  |
| 6 | Zasilanie | 220V 50Hz ±10% |  |
| 7 | Zakres temperatur pracy | 16 (± 2°C) - 26°C |  |
| 8 | Metoda ogrzewania | Czyste ciepłe powietrze wdmuchiwane do kocyka przykrywającego pacjenta |  |
| 9 | Możliwość wydmuchiwania powietrza w temperaturze otoczenia | TAK |  |
| 10 | Prędkość wydmuchiwanego powietrza | 8 – 9 m/s |  |
| 11 | Dokładność ogrzewania | Min. 1°C |  |
| 12 | Zakres zmian temperatury wydmuchiwanego powietrza | 36 – 44°C  Przynajmniej 4 przedziały temperatur |  |
| 13 | Względny poziom głośności | Max. 45dBA |  |
| 14 | Podwójny system zabezpieczeń przed oparzeniem pacjenta | TAK |  |
| 15 | Wyświetlacz temperatury wydmuchiwanego powietrza z czujnika umieszczonego na końcu rury  (od strony pacjenta) | TAK |  |
| 16 | Alarm dźwiękowy i wizualny przekroczenia i spadku ustalonej temperatury wydmuchiwanego powietrza | TAK |  |
| 17 | Alarm dźwiękowy i wizualny odłączenia rury od dmuchawy | TAK |  |
| 18 | Uchwyt do mocowania na typowym stojaku | TAK |  |
| 19 | Uchwyt do przenoszenia urządzenia | TAK |  |
| 20 | Uchwyt do zawieszenia rury | TAK |  |
| 21 | Pewny i wygodny sposób mocowania rury do portu koca | TAK, umożliwiający wzajemne obracanie rury w porcie koca |  |
| 22 | Długa rura doprowadzająca powietrze do kocyka | TAK, długość minimum 1,6 m przy swobodnie rozłożonej (nie rozciągniętej) rurze |  |
| 23 | Odpinana rura doprowadzająca powietrze | TAK, możliwość odpinania rury przez użytkownika bez dodatkowych narzędzi |  |
| 24 | Wbudowany filtr powietrza 0,2 µm | TAK |  |
| 25 | Prosta obsługa i konserwacja urządzenia | Tak/opisać |  |
| 26 | Szeroki asortyment kocyków jednorazowych | TAK,  Min. koce na różne partie ciała (dla niemowląt, pediatryczne, dla dorosłych, kocyki hemodynamiczne) |  |
| 27 | Potwierdzenie producenta o niepalności kocyków | TAK |  |
| 28 | Certyfikat CE | TAK |  |
| 29 | Gwarancja – min 12 m-cy | TAK |  |
| 30 | Szkolenie 5 osób | TAK |  |

Oferent potwierdza, iż oferowane urządzenie zawiera w/w wymagane parametry techniczne.

..........................,dn.................

……………………………………………………

(Podpisy wykonawcy lub osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

**Pakiet 3**

**APARAT EKG z wózkiem – 1 sztuka**

Nazwa urządzenia ( model/typ): ......................................

Producent: ..........................................

Rok produkcji: nie wcześniej niż 2014r

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK** | **Wartość wymagana** | **Oferowane parametry z podaniem strony oferty potwierdzającej te parametry** |
|  | **Rok produkcji 2014** | TAK |  |
|  | **Urządzenie fabrycznie nowe** | TAK |  |
|  | Aparat 3,6,12 kanałowy | Tak, opisać |  |
|  | Analiza i interpretacja ekg | Tak |  |
|  | Ciągły pomiar HR | Tak |  |
|  | Klawiatura alfanumeryczna | Tak |  |
|  | Detekcja stymulatora serca | Tak |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz graficzny min 7”, prezentacja przebiegu 3, 6 oraz 12 kanałów EKG, rozdzielczość min. 800x480 | Tak |  |
|  | Prezentacja na ekranie głównym zegara czasu rzeczywistego | Tak |  |
|  | Obsługa aparatu poprzez wyświetlacz z panelem dotykowym oraz wydzieloną klawiaturę funkcyjną | Tak |  |
|  | Szerokość papieru min. 110mm | Podać |  |
|  | Pamięć min. 800 badań | Tak |  |
|  | Funkcja umożliwiająca przesyłanie zapisów badania na dowolną skrzynkę odbiorczą e-mail oraz inny aparat EKG bezpośrednio z aparatu | Tak |  |
|  | Możliwość przeglądu badań z pamięci na wyświetlaczu aparatu | Tak |  |
|  | Możliwość przeglądu wyników analizy i interpretacji na wyświetlaczu aparatu | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowe, akumulator bezobsługowy wraz z ładowarką wbudowany wewnątrz aparatu | Tak |  |
|  | Sygnalizacja stanu naładowania akumulatora | Tak |  |
|  | Głowica drukująca z automatyczną regulacją linii izoelektrycznej, Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i mięśniowych | Tak |  |
|  | Interfejs komunikacyjny USB, min. 3 porty | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia zewnętrznej drukarki laserowej bezpośrednio do aparatu | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o przystawkę do badań spirometrycznych | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia pamięci typu PenDRIVE | Tak |  |
|  | Sygnał EKG 12 odprowadzeń standardowych | Tak |  |
|  | Odprowadzenia Cabrera | Tak |  |
|  | Graficzna sygnalizacja poprawności podłączenia każdej elektrody | Tak |  |
|  | Czułość 2,5/5/10/20 mm/mv | Tak |  |
|  | Prędkość 5/10/25/50 mm/s | Tak |  |
|  | Waga max 1,4 kg | Tak, opisać |  |
|  | Wyposażenie :  1 kpl elektrod dla dorosłych piersiowych przyssawkowych (6 szt), 1 kpl elektrod kończynowych klipsowych 4 szt.  1 kpl kabli | Tak, opisać |  |
|  | Wyposażenie dodatkowe  Papier milimetrowy, termoczuły w rolce – 1 szt.  Żel do EKG w op. 250 g – 1 szt.  Wózek pod oferowany aparat EKG – 1 szt.  z wysięgnikiem na kabel pacjenta, skrzynka na akcesoria  Koła wyposażone w blokadę. | Tak, opisać |  |
|  | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Gwarancja – min 12 m-cy | TAK |  |
|  | Szkolenie 3 osób | TAK |  |

Oferent potwierdza, iż oferowane urządzenie zawiera w/w wymagane parametry techniczne.

..........................,dn.................

……………………………………………………

(Podpisy wykonawcy lub osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

**Pakiet 4**

**Pulsoksymetr z pomiarem EKG – 3 sztuki**

Nazwa urządzenia ( typ): ......................................

Producent: ..........................................

Rok produkcji: nie wcześniej 2014r

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr/ opis** | **Parametr wymagany** | **Oferowane parametry z podaniem strony oferty potwierdzającej te parametry** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2014 | TAK |  |
|  | Waga urządzenia poniżej 200 gram wraz z akumulatorem | TAK |  |
|  | Ochrona przed zalaniem min. IPX1 | TAK |  |
|  | Wymiary: 60mm X 125mm X 30mm ( +/- 5%) | TAK |  |
|  | Czas pracy na akumulatorze min. 14 godzin przy założeniu ciągłego monitorowania EKG | TAK |  |
|  | Możliwość zastosowania standardowych baterii | TAK |  |
|  | Wyświetlacz min. 2,4’ | TAK |  |
|  | Rozdzielczość min. 320\*240 | TAK |  |
|  | Alarmy wizualne oraz dźwiękowe, zgodne z normą IEC 60601-1-8 | TAK |  |
|  | Trendy tabelaryczne | TAK |  |
|  | Rozdzielczość trendów w zakresie min. od 5 sekund do 30 minut | TAK |  |
|  | Dostosowany do różnych grup wiekowych ( dorośli, dzieci, noworodki) | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru SpO2: 0~100% | TAK |  |
|  | Rozdzielczość: 1% | TAK |  |
|  | Dokładność od 70% do 100%: +/- 2% | TAK |  |
|  | Zmiana natężenia dźwięku tzw. „Pitch Tone” | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru PR: min. 25-250 bpm | TAK |  |
|  | Rozdzielczość PR: 1 bpm | TAK |  |
|  | Dokładność PR: +/- 2% lub +/-1 bpm | TAK |  |
|  | 3 odprowadzeniowe EKG | TAK |  |
|  | Odprowadzenia do wyboru: I, II, III | TAK |  |
|  | Wzmocnienie: x0.25, x0.5, x1 | TAK |  |
|  | Tryb pracy: monitorowanie, diagnoza | TAK |  |
|  | Zakres HR: min. od 10 bpm do 300 bpm | TAK |  |
|  | Rozdzielczość HR: 1 bpm | TAK |  |
|  | Dokładność HR: +/- 1% lub +/-1 bpm | TAK |  |
|  | Pulsoksymetr wyposażony w czujnik grawitacji, możliwość obserwacji monitorowanych parametrów zarówno w pionie jak i poziomie. | TAK |  |
|  | Możliwość transmisji danych na PC | TAK |  |
|  | Pamięć wewnętrzna umożliwiająca zapis min. 300 grup pomiarowych dla min. 90 pacjentów. | TAK |  |
|  | Możliwość zapisu w trybie ciągłego monitorowania do 60 000 grup pomiarowych | TAK |  |
|  | Na wyposażeniu: czujnik SpO2, 3 odprowadzeniowy kabel EKG, ładowarka biurkowa, akumulator | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy na etapie konfiguracji urządzenia o saturację w technologii Nellcor lub Masimo. | TAK |  |
|  | Osobny przycisk na obudowie do: aktywowania głównego menu na ekranie urządzenia, wyboru podświetlanej pozycji menu na ekranie, wstrzymywania/zwalniania wykresu na ekranie EKG | TAK |  |
|  | Osobny przycisk do: zmiany wyświetlania w trybie dużych cyfr, trybie wykresu SpO2 i wykresu EKG na ekranie monitorowania | TAK |  |
|  | Osobny przycisk do: zwiększania głośności sygnału pulsu na ekranie monitorowania oraz przesuwania kursora w górę lub zwiększania wartości na ekranie menu. | TAK |  |
|  | Osobny przycisk do: obniżania głośności sygnału pulsu oraz przesuwania kursora w dół lub obniżania zaznaczonej wartości na ekranie. | TAK |  |
|  | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Gwarancja – min 12 m-cy | TAK |  |
|  | Szkolenie 3 osób | TAK |  |

Oferent potwierdza, iż oferowane urządzenie zawiera w/w wymagane parametry techniczne.

..........................,dn.................

……………………………………………………

(Podpisy wykonawcy lub osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

**Pakiet 5**

**Histeroskop – 1 sztuka**

Nazwa urządzenia ( typ): ......................................

Producent: ..........................................

Rok produkcji: nie wcześniej 2014r

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parametr/ opis** | | | **Parametr wymagany** | **Oferowane parametry z podaniem strony oferty potwierdzającej te parametry** | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe | | | TAK |  | | |
| Rok produkcji 2014 | | | TAK |  | | |
| **I. Optyka – 1 szt** | | | TAK |  | | |
| 1 | Długość robocza od 240 - 285 mm | TAK | | |  | | |
| 2 | Maksymalna szerokość części wprowadzanej 3,05 mm | TAK | | |  | | |
| 3 | Średnica 2,9mm - 3 mm | TAK | | |  | | |
| 4 | Kąt patrzenia 30 stopni, szerokokątna | TAK | | |  | | |
| 5 | Sterylizacja autoklaw | TAK | | |  | | |
| 6 | Tuba ochronna | TAK | | |  | | |
| **II. Płaszcz histeroskopowy – 1 szt.** | | | TAK |  | | |
| 1 | Średnica max 5,5 mm | TAK | | |  |
| 2 | Kanał roboczy 5 Fr | TAK | | |  |
| **III. Kleszczyki chwytające – 3 szt.** | | | TAK |  | | |
| 1 | Średnica 5 Fr | TAK | | |  |
| 2 | Półgiętkie | TAK | | |  |
| **IV. Nożyczki histeroskopowe – 3 szt.** | | | TAK |  | | |
| 1 | Średnica 5 Fr | TAK | | |  |
| 2 | Półgiętkie | TAK | | |  |
| **V. Uszczelka – 3 szt.** | | | TAK |  | | |
| 1 | Do 5 Fr kanału roboczego | TAK | | |  |
| 2 | Opakowanie 10 sztuk | TAK | | |  |
| **VI. Światłowód – 1 szt.** | | | TAK |  | | |
| 1 | Długość zewnętrzna światłowodu i adaptera światłowodu 3000 mm | TAK | | |  |
| 2 | Średnica wiązki włókien 2,8 mm | TAK | | |  |
| 3 | Typ S do optyk do 4 mm grubości | TAK | | |  |
| **VII.** | **Certyfikat CE** | TAK | | |  |
| **VIII.** | **Gwarancja – min 12 m-cy** | TAK | | |  |
| **IX.** | **Szkolenie** | TAK | | |  |
| 1. | Szkolenie 3 osób | TAK | | |  |

Oferent potwierdza, iż oferowane urządzenie zawiera w/w wymagane parametry techniczne.

..........................,dn.................

……………………………………………………

(Podpisy wykonawcy lub osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)

**Pakiet 6 Narzędzia do histeroskopu**

Nazwa narzędzi ( typ): ......................................

Producent: ..........................................

Rok produkcji: nie wcześniej 2014r

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parametr/ opis** | | | **Parametr wymagany** | **Oferowane parametry z podaniem strony oferty potwierdzającej te parametry** | | |
| Narzędzia fabrycznie nowe | | | TAK |  | | |
| Rok produkcji 2014 | | | TAK |  | | |
| **VIII. Dren do pompy płuczącej - 3 sztuki** | | | TAK |  | | |
| 1 | Dren wielorazowego użytku | TAK | | |  |
| 2 | Podłączenie do 2 worków | TAK | | |  |
| **IX. Kleszczyki chwytające – 1 sztuka** | | | TAK |  | | |
| 1 | Średnica 3 Fr | TAK | | |  |
| 2 | Długość 280 mm | TAK | | |  |
| 3 | Półgiętkie | TAK | | |  |
| **X.** | **Certyfikat CE** | TAK | | |  |
| **XI.** | **Gwarancja – min 12 m-cy** | TAK | | |  |

Uwaga! - dotyczy wszystkich pakietów - Dopuszcza się składanie ofert równoważnych.

Informacja – dla zobrazowania przedmiotu zamówienia i sprecyzowania potrzeb użytkownika w niniejszej specyfikacji przedstawiono szczegółowy opis techniczny urządzeń (zamawiający posiłkował się katalogami producenta) jednakże – uwaga! nie należy tego traktować jako wskazanie.

**UWAGA: Przy składanie ofert należy uwzględnić wszystkie odpowiedzi na pytania złożone do przetargu i dotyczące opisu przedmiotu zamówienia**