**Załącznik nr 5 do SIWZ**

**Pakiet nr 1**

1. **DEFIBRYLATOR – 1 szt.**

Typ aparatu ….....................................

Producent …........................................

Rok produkcji ….................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **DEFIBRYLATOR** | **Wymagania** | **Parametr oferowany** |
|  | Urządzenie do monitorowania i defibrylacji | TAK |  |
|  | Ekran kolorowy typu TFT o przekątnej minimum 7’’ | TAK |  |
|  | Możliwość wyświetlania na ekranie 3 krzywych dynamicznych. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej | TAK |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji | TAK |  |
|  | Defibrylacje ręczna w zakresie min. od 1 do 360 J | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej |  |  |
|  | Czas ładowania do energii maksymalnej 200J poniżej 3 sekund | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru jednego spośród min. 20 poziomów energii defibrylacji | TAK |  |
|  | Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodny z aktualnymi wytycznymi ERC/AHA z 2015 roku | TAK |  |
|  | Energia defibrylacji w trybie AED min. od 10 do 360 J | TAK |  |
|  | W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią od 10 do 360J | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych | TAK |  |
|  | Dźwiękowe i tekstowe komunikaty w języku polskim prowadzące użytkownika przez proces defibrylacji półautomatycznej | TAK |  |
|  | Wydzielony na defibrylatorze przycisk rozładowania energii | TAK |  |
|  | Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylacyjnych | TAK |  |
|  | Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta na ekranie defibrylatora | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania kardiowersji | TAK |  |
|  | Monitorowanie EKG min. z 3/7 odprowadzeń | TAK |  |
|  | a. Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie  od 15-350 B/min. | TAK |  |
|  | b. Wzmocnienie sygnału: x0,25; x0,5; x1; x2; x4; Auto | TAK |  |
|  | Stymulacja zewnętrzna nieinwazyjna | TAK |  |
|  | a.tryby stymulacji: sztywny i na żądanie | TAK |  |
|  | b.natężenie prądu stymulacji w zakresie min. od 1 do 200 mA | TAK |  |
|  | c.zakres częstości stymulacji w zakresie min. od 30 do 210 imp/min | TAK |  |
|  | Pomiar saturacji za pomocą czujnika na palec dla dorosłych | TAK |  |
|  | a. Prezentacja wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie | TAK |  |
|  | Pomiar nieinwazyjnego ciśnienia krwi (NIBP):  metoda pomiaru oscylometryczna, zakres pomiaru od 10-290 mmHg, pomiar ręczny i automatyczny | TAK |  |
|  | Ręczne i automatyczne ustawianie granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów | TAK |  |
|  | Wbudowana drukarka termiczna | TAK |  |
|  | Papier do drukarki o szerokości min. 50 mm | TAK |  |
|  | Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych | TAK |  |
|  | Archiwizacja danych: min. 100 pacjentów, min. 72 godzinne trendy, 24 godz. ciągły zapis EKG | TAK |  |
|  | Eksport danych za pomocą pamięci typu Pendrive | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o transmisję bezprzewodową | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o czujnik monitorowania jakości uciśnięć z wyświetlaniem krzywej głębokości uciśnięć na ekranie | TAK |  |
|  | Ładowanie akumulatora od 0 do 100 % pojemności w czasie do 4 godzin | TAK |  |
|  | Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci. Łyżki kompatybilne z posiadanymi defibrylatorami serii BeneHeart D3 | TAK |  |
|  | Akumulator litowo-jonowy bez efektu pamięci z możliwością wymiany bez użycia dodatkowych narzędzi. Akumulator kompatybilny z posiadanymi defibrylatorami serii D3 | TAK |  |
|  | Czas pracy na bateriach dla urządzenia min. 360 minut monitorowania | TAK |  |
|  | Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230 V | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania min. 300 defibrylacji z energią 200J na w pełni naładowanych akumulatorach | TAK |  |
|  | Programowanie automatycznie codziennie wykonywanego testów bez włączenia defibrylatora przy zamontowanych akumulatorach i podłączeniu do sieci elektrycznej (pełny test) | TAK |  |
|  | Akcesoria kompatybilne z kardiomonitorami tego samego producenta | TAK |  |
|  | Uchwyt na ramę łóżka | TAK |  |
|  | Masa defibrylatora z akumulatorem i łyżkami max. 6,5 kg | TAK |  |
|  | **Warunki gwarancji i obsługi serwisowej obejmującej cały dostarczony sprzęt** | **Parametr graniczny wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Gwarancja min 36 miesięcy od dnia instalacji i potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu | tak/podać |  |
| 2. | Podać warunki wymiany aparatu (wymagana wymiana aparatu po 3 naprawach gwarancyjnych ) | tak/podać |  |
| 3. | Podać czas rozpoczęcia naprawy (wymagany nie dłuższy niż 48 godz. tj. 2 dni robocze od dnia zgłoszenia) oraz udostępnienie nieodpłatnie aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych niż zaoferowany na koszt oferenta | tak |  |
| 4. | Ilość bezpłatnych przeglądów w okresie gwarancji min. 1 razy do roku wraz z ewentualnymi wymienionymi częściami, materiałami itp. na koszt oferenta | tak/podać |  |
| 5. | Dostępność części zamiennych przez okres min 8 lat od sprzedaży | tak/podać |  |
| 6. | Serwis gwarancyjny (podać ilość punktów serwisowych) | tak |  |
| 7. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem | tak |  |
| 8. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi wraz z montażem i uruchomieniem urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu – w cenie oferty | tak |  |
| 9. | Certyfikat CE | tak |  |

1. **APARAT EKG – 2 szt.**

Typ aparatu ….....................................

Producent …........................................

Rok produkcji ….................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie było przedmiotem wystaw, ekspozycji, prezentacji itp. | TAK |  |
|  | Waga aparatu z akumulatorem i wbudowanym zasilaczem do 5 kg | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V 50 Hz | TAK |  |
|  | Wbudowany akumulator, którego pojemność umożliwia min. 3,5 godz. ciągłego monitorowania | TAK |  |
|  | Ochrona przed impulsem defibrylacji CF | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD TFT kolorowy 24 bitowy o przekątnej min. 8 cali z podświetleniem LED oraz wysokiej rozdzielczości (min. 800 x 480 pikseli) | TAK |  |
|  | Na wyświetlaczu prezentacja krzywej EKG, wartości parametrów i menu.  Menu w języku polskim. | TAK |  |
|  | Klawiatura funkcyjna oraz alfanumeryczna zabezpieczona przed zalaniem | TAK |  |
|  | Ciągły pomiar i prezentacja na ekranie HR | TAK |  |
|  | Detekcja stymulatora serca | TAK |  |
|  | Impedancja wejściowa >50 [MΩ] | TAK |  |
|  | CMRR >110 dB | TAK |  |
|  | Częstotliwość próbkowania 1000 [Hz] / kanał | TAK |  |
|  | Detekcja pików rozrusznika serca  Próbkowanie 16000 [Hz]/kanał | TAK |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych | TAK |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych | TAK |  |
|  | Filtr anty-dryftowy | TAK |  |
|  | Sygnał EKG 12 odprowadzeń standardowych – wydruk w formacie 12-kanałowym | TAK |  |
|  | Formaty wydruku:3\*4 ; 3\*4+1R ; 3\*4+3R ; 6\*2 ; 6\*2+1R /12\*1 | TAK |  |
|  | Głowica drukująca z automatyczną regulacją linii izotermicznej | TAK |  |
|  | Czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV oraz AUTO | TAK |  |
|  | Prędkość zapisu rejestratora: 5/12,5/25/50 mm/s | TAK |  |
|  | Szerokość papieru min. (szer.) 210 mm x (wys.) 295 mm. - składanka | TAK |  |
|  | Możliwość przeglądania i oceny badania przed wydrukiem na ekranie urządzenia | TAK |  |
|  | Wydruk w trybie monitorowania rytmu | TAK |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja (dorośli, dzieci, noworodki) w języku polskim | TAK |  |
|  | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod i odłączenia przewodu ekg | TAK |  |
|  | Funkcja uśpienia (standby) umożliwiająca szybki start aparatu | TAK |  |
|  | Możliwość archiwizacji badania do pamięci wewnętrznej (min. 800 badań) i eksportu danych do pamięci typu Pendrive w formacie PDF, XML. Możliwość przenoszenia badań z aparatów EKG posiadanych przez szpital serii BH | TAK |  |
|  | Możliwość współpracy urządzenia w sieci komputerowej. Współpraca z serwerem FTP | TAK |  |
|  | Przeglądanie i wydruk badania z archiwum urządzenia | TAK |  |
|  | Możliwość wydruku badania na drukarce laserowej podłączonej bezpośrednio do aparatu (po zakupie drukarki) | TAK |  |
|  | Możliwość rozszerzenia funkcji urządzenia o opcję Wi-Fi oraz czytnik kodów kreskowych | TAK |  |
|  | Wyposażenie: przewód pacjenta, elektrody przyssawkowe oraz klipsowe, papier termiczny | TAK |  |
|  | Mobilny wózek aparaturowy na pięciu kółkach, wszystkie kółka wyposażone w blokadę. Dodatkowo: kosz na akcesoria oraz wysięgnik na przewód pacjenta | TAK |  |
|  | **Warunki gwarancji i obsługi serwisowej obejmującej cały dostarczony sprzęt** | **Parametr graniczny wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Gwarancja min 36 miesięcy od dnia instalacji i potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu | tak/podać |  |
| 2. | Podać warunki wymiany aparatu (wymagana wymiana aparatu po 3 naprawach gwarancyjnych) na koszt oferenta | tak/podać |  |
| 3. | Podać czas rozpoczęcia naprawy (wymagany nie dłuższy niż 48 godz. tj. 2 dni robocze od dnia zgłoszenia) oraz udostępnienie nieodpłatnie aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych niż zaoferowany | tak |  |
| 4. | Ilość bezpłatnych przeglądów w okresie gwarancji min. 1 razy do roku wraz z ewentualnymi wymienionymi częściami, materiałami itp. na koszt oferenta | tak/podać |  |
| 5. | Dostępność części zamiennych przez okres min 8 lat od sprzedaży | tak/podać |  |
| 6. | Serwis gwarancyjny (podać ilość punktów serwisowych) | tak |  |
| 7. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem | tak |  |
| 8. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi wraz z montażem i uruchomieniem urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu – w cenie oferty | tak |  |
| 9. | Certyfikat CE | tak |  |

1. **KARDIOMONITOR – 3 szt.**

Typ aparatu ….....................................

Producent …........................................

Rok produkcji ….................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane, opis, komentarz** |
| 1. | Kardiomonitor stacjonarno-przenośny o masie nie większej 4 kg | Tak |  |
| 2 | Kardiomonitor wyposażony w uchwyt służący do przenoszenia | Tak |  |
| 3. | Kardiomonitor kolorowy z ekranem LCD z podświetleniem LED, o przekątnej ekranu nie mniejszej niż 12 cali, rozdzielczości co najmniej 800x600 pikseli. | Tak |  |
| 4. | Jednoczesna prezentacja na ekranie co najmniej pięciu różnych krzywych dynamicznych. | Tak |  |
| 5. | Trendy wszystkich mierzonych parametrów: co najmniej 100-godzinne z rozdzielczością nie gorszą niż 1 minuta i co najmniej 1000 godzin z rozdzielczością nie gorszą niż 10 minut. | Tak |  |
| 6. | Zapamiętywanie zdarzeń alarmowych oraz zdarzeń wpisanych przez użytkownika – pamięć co najmniej 500 zestawów odcinków krzywych i wartości parametrów | Tak |  |
| 7. | Kategorie wiekowe pacjentów: dorośli, dzieci i noworodki. | Tak |  |
| 8. | Pomiar i monitorowanie co najmniej następujących parametrów:   1. EKG; 2. Odchylenie odcinka ST; 3. Liczba oddechów (RESP); 4. Saturacja (Spo2); 5. Ciśnienie krwi, mierzone metodą nieinwazyjną (NIBP); 6. Temperatura (T1,T2,TD). | Tak |  |
| 9. | Pomiar EKG | Tak |  |
|  | 1. Zakres częstości rytmu serca: minimum 15÷300 bpm.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Monitorowanie EKG przy wykorzystaniu przewodu 3. i 5. końcówkowego odprowadzeń. | Tak |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru częstości rytmu: nie gorsza niż+/- 1%.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Prędkości kreślenia co najmniej do wyboru: 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25 mm/s; 50 mm/s.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Detekcja stymulatora z graficznym zaznaczeniem na krzywej EKG. | Tak |  |
|  | 1. Czułość: co najmniej 0,125 cm/mV; 0,25 cm/mV; 0,5 cm/mV; 1,0 cm/mV; 2 cm/mV; 4,0 cm/mV; auto.   *wymienić.* | Tak |  |
|  | 1. Analiza odchylenia odcinka ST w siedmiu odprowadzeniach jednocześnie w zakresie od -2,0 do +2,0 mV. Możliwość ustawienia jednostki pomiarowej mm. | Tak |  |
|  | 1. Prezentacja zmian odchylenia ST w postaci wzorcowych odcinków ST z nanoszonymi na nie bieżącymi odcinkami lub w formie wykresów kołowych | Tak |  |
|  | 1. Monitorowanie odcinka QT | Tak |  |
|  | 1. Analiza zaburzeń rytmu (co najmniej 23), z rozpoznawaniem co najmniej następujących zaburzeń: 2. Bradykardia 3. Tachykardia 4. Asystolia 5. Tachykardia komorowa 6. Migotanie komór 7. Migotanie przedsionków 8. Stymulator nie przechwytuje 9. Stymulator nie generuje impulsów 10. Salwa komorowa 11. PVC/min wysokie | Tak |  |
| 10. | Pomiar oddechów (RESP). | Tak |  |
|  | 1. Zakres pomiaru: minimum 5-120 oddechów /min   Podać. | Tak |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/-2 oddech /min | Tak |  |
|  | 1. Prędkość kreślenia: co najmniej 3 mm/s; 6,25 mm/s; 12,5 mm/s; 25mm/s, 50 mm/s.   *Podać* | Tak |  |
|  | 1. Możliwość wyboru odprowadzeń do monitorowania respiracji | Tak |  |
| 11. | Pomiar saturacji (SpO2). | Tak |  |
|  | 1. Zakres pomiaru saturacji: 0÷100% | Tak |  |
|  | 1. Zakres pomiaru pulsu: co najmniej 20÷300/min.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70÷100%: nie gorsza niż +/- 3%.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Funkcja pozwalająca na jednoczesny pomiar SpO2 i nieinwazyjnego ciśnienia bez wywoływania alarmu SpO2 w momencie pompowania mankietu na kończynie na której założony jest czujnik | Tak |  |
|  | 1. Alarm desaturacji | Tak |  |
| 12. | Pomiar ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną (NIBP). | Tak |  |
|  | 1. Oscylometryczna metoda pomiaru. | Tak |  |
|  | 1. Zakres pomiaru ciśnienia: co najmniej 15÷280 mmHg.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Zakres pomiaru pulsu wraz z NIBP: co najmniej 30÷300 bpm. | Tak |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 5mmHg.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Tryb pomiaru: 2. AUTO; 3. Ręczny. | Tak |  |
|  | 1. Zakres programowania interwałów w trybie AUTO: co najmniej 1÷480 minut.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Możliwość wstępnego ustawienia ciśnienia w mankiecie | Tak |  |
| 13. | Pomiar temperatury (TEMP) | Tak |  |
|  | 1. Zakres pomiarowy: co najmniej 25÷42˚C.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Dokładność pomiaru: nie gorsza niż +/- 0,1˚C.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Jednoczesne wyświetlanie co najmniej trzech wartości : 2 temperatury ciała i temperatura różnicowa | Tak |  |
| 14. | Wyposażenie kardiomonitora w akcesoria pomiarowe. Akcesoria kompatybilne z posiadanymi przez szpital kardiomonitorami serii IMEC; IPM. Możliwość zastosowania akcesoriów w urządzeniach do defibrylacji tego samego producenta | Tak |  |
|  | 1. Kabel EKG 5-odprowadzeniowy | Tak |  |
|  | 1. Przewód łączący do mankietów do pomiaru NIBP | Tak |  |
|  | 1. Mankiet do pomiaru NIBP: średni | Tak |  |
|  | 1. Czujnik SpO2 na palec dla dorosłych typu klips | Tak |  |
| 15. | Obsługa kardiomonitora przy pomocy, pokrętła, przycisków oraz poprzez ekran dotykowy. | Tak |  |
| 16. | 3-stopniowy system alarmów monitorowanych parametrów. | Tak |  |
|  | 1. Akustyczne i wizualne sygnalizowanie wszystkich alarmów. | Tak |  |
|  | 1. Możliwość zawieszenia stałego lub czasowego alarmów. | Tak |  |
|  | 1. Wybór czasowego zawieszenia alarmów – co najmniej 5 czasów do wyboru. | Tak |  |
|  | 1. Ustawianie różnych poziomów alarmowania dla poszczególnych parametrów. | Tak |  |
|  | 1. Ustawianie głośności sygnalizacji alarmowej (co najmniej 10 poziomów do wyboru) oraz wzorca dźwiękowej sygnalizacji (co najmniej 3 wzorce do wyboru) | Tak |  |
| 17. | Ręczne i automatyczne (na żądanie obsługi) ustawienie granic alarmowych w odniesieniu do aktualnego stanu monitorowanego pacjenta. | Tak |  |
| 18. | Funkcja analizy zmian częstości akcji serca z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach HR: średniej, średniej za dnia, średniej w nocy, maksymalnej, minimalnej oraz prawidłowej (w granicach ustawionych alarmów). | Tak |  |
| 19. | Funkcja analizy NIBP z ostatnich 24 godzin informacje o wartościach ciśnienia: średniej, średniej za dnia, średniej w nocy, maksymalnej za dnia, maksymalnej w nocy, minimalnej za dnia, minimalnej w nocy oraz prawidłowej (w granicach ustawionych alarmów). | Tak |  |
| 20. | Zasilanie kardiomonitora z sieci elektroenergetycznej 230V AC 50Hz i akumulatora, wbudowanego w kardiomonitor. | Tak |  |
|  | 1. Czas pracy kardiomonitora, zasilanego z akumulatora (przy braku napięcia elektroenergetycznej sieci zasilającej, pomiar NIBP co 15 min): nie krótszy niż 4 godziny.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Czas ładowania akumulatora: nie dłuższy niż 6 godzin.   *Podać.* | Tak |  |
|  | 1. Graficzny wskaźnik stanu naładowania akumulatora. | Tak |  |
| 21. | Kardiomonitor przystosowany do pracy w sieci. | Tak |  |
|  | 1. Interfejs i oprogramowanie sieciowe, umożliwiające pracę kardiomonitora w sieci przewodowej z centralą monitorującą. | Tak |  |
|  | 1. Funkcja podglądu danych z innych monitorów podłączonych do sieci bez stacji centralnego nadzoru | Tak |  |
|  | 1. Funkcja informowania o alarmach pojawiających się na innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci | Tak |  |
|  | 1. Funkcja zdalnego wyciszania alarmów w innych kardiomonitorach podłączonych do wspólnej sieci | Tak |  |
|  | 1. Monitor przystosowany do eksportu danych do standardowego komputera osobistego niepełniącego jednocześnie funkcji centrali (na wyposażeniu kardiomonitora oprogramowanie do archiwizacji danych na PC). | Tak |  |
|  | 1. Kardiomonitor przystosowany do pracy w sieci z centralą pielęgniarską gotową do współpracy z systemami monitorowania wyposażonymi w zaawansowane moduły pomiarowe takie jak:   - rzut minutowy metodami: termodylucji, IKG, PiCCO;  - BIS;  - NMT;  - EEG  Możliwość współpracy z centralą zainstalowaną w szpitalu Hypervisor | Tak |  |
| 22. | Port USB | Tak |  |
| 23. | Cicha praca urządzenia – chłodzenie bez wentylatora | Tak |  |
| 24. | Monitor zabezpieczony przed zalaniem wodą – stopień ochrony co najmniej IPX1 | Tak |  |
| 25 | Statyw na kółkach z koszykiem na akcesoria. Dodatkowo monitor wyposażony w uchwyt do zawieszenia na szynie pionowej lub poziomej. | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i obsługi serwisowej obejmującej cały dostarczony sprzęt** | **Parametr graniczny wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Gwarancja min 36 miesięcy od dnia instalacji i potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu | tak/podać |  |
| 2. | Podać warunki wymiany aparatu (wymagana wymiana aparatu po 3 naprawach gwarancyjnych ) na koszt oferenta | tak/podać |  |
| 3. | Podać czas rozpoczęcia naprawy (wymagany nie dłuższy niż 48 godz. tj. 2 dni robocze od dnia zgłoszenia) oraz udostępnienie nieodpłatnie aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych niż zaoferowany | tak |  |
| 4. | Ilość bezpłatnych przeglądów w okresie gwarancji min. 1 razy do roku wraz z ewentualnymi wymienionymi częściami, materiałami itp. na koszt oferenta | tak/podać |  |
| 5. | Dostępność części zamiennych przez okres min 8 lat od sprzedaży | tak/podać |  |
| 6. | Serwis gwarancyjny (podać ilość punktów serwisowych) | tak |  |
| 7. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem | tak |  |
| 8. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi wraz z montażem i uruchomieniem urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu – w cenie oferty | tak |  |
| 9. | Certyfikat CE | tak |  |

**Pakiet nr 2**

**SSAK ENDOSKOPOWY – 1 szt.**

Typ aparatu ….....................................

Producent …........................................

Rok produkcji ….................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry – opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Ssak endoskopowy z możliwością stosowania zbiorników wielorazowych oraz wkładów jednorazowych | tak |  |
| 2. | Płynna regulacja mocy ssania | tak |  |
| 3. | Zbiorniki wielorazowe lub jednorazowe min.1 litrowe, umieszczane na szynie z boku wózka | tak |  |
| 4. | Nominalna moc ssania około 95 kPa | tak |  |
| 5. | Nominalny swobodny przepływ powietrza min.50 l/min | tak |  |
| 6. | Zabezpieczenie przed przegrzaniem | tak |  |
| 7. | Zabezpieczenie przed przelaniem | tak |  |
| 8. | Słój wielorazowy w komplecie | tak |  |
| 9. | Dren ssak – pojemnik wielorazowy | tak |  |
| 10. | Pojemnik uniwersalny 2,5L | tak |  |
| 11. | Wkład jednorazowy 2,5L x 3 op. | tak |  |
| 12. | Rurka do endoskopu 2m (50 szt.) x3 op. | tak |  |
| 13. | Filtr antybakteryjny (10szt.) x 3 op. | tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i obsługi serwisowej obejmującej cały dostarczony sprzęt** | **Parametr graniczny wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Gwarancja min 36 miesięcy od dnia instalacji i potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu | tak/podać |  |
| 2. | Podać warunki wymiany aparatu (wymagana wymiana aparatu po 3 naprawach gwarancyjnych ) na koszt oferenta | tak/podać |  |
| 3. | Podać czas rozpoczęcia naprawy (wymagany nie dłuższy niż 48 godz. tj. 2 dni robocze od dnia zgłoszenia) oraz udostępnienie nieodpłatnie aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych niż zaoferowany | tak |  |
| 4. | Ilość bezpłatnych przeglądów w okresie gwarancji min. 1 razy do roku wraz z ewentualnymi wymienionymi częściami, materiałami itp. na koszt oferenta | tak/podać |  |
| 5. | Dostępność części zamiennych przez okres min 8 lat od sprzedaży | tak/podać |  |
| 6. | Serwis gwarancyjny (podać ilość punktów serwisowych) | tak |  |
| 7. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem | tak |  |
| 8. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi wraz z montażem i uruchomieniem urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu – w cenie oferty | tak |  |
| 9. | Certyfikat CE | tak |  |