**Załącznik nr 1 A**

**(do zadania nr 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)**

**WYMAGANE PARAMETRY GRANICZNE**

**Zadanie nr 1**

**Sprzęt medyczny**

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**INHALATOR DO NEBULIZACJI – 3 SZT.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | INHALATOR - 3 szt. |
| Typ: Nazwa własna: Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:  |
| 1. | Nebulizator nadający się do sterylizacji w autoklawie, dezynfekcji w zimnych płynach |  |  |
| 2. | Wydajność sprężarki: min. 131/min. |  |  |
| 3. | Średnia masa cząsteczki: max. 4 urn. |  |  |
| 4. | Ilość cząstek poniżej 5um: min. 65%. |  |  |
| 5. | Waga max: 2 kg. |  |  |
| 6. | Głośność: max. 60dBa. |  |  |
| 7. | Tempo nebulizacji: 0,4 - 0,5 ml/min. |  |  |
| 8. | Pojemność rezydualna: 0,5ml - 0,8ml. |  |  |
| 9. | Ciśnienie wyjściowe: 1,5 - 2,5 bara. |  |  |
| 10. | Waga max: 2 kg. |  |  |

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**APARAT DO POMIARU RR, Z ZEGAREM - 6szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | APARAT DO POMIARU RR, Z ZEGAREM - 6 szt. |
| Typ: Nazwa własna: Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:…………………………………………………………………………………………………  |
| 1. | Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi na ramieniu. |  |  |
| 2. | Ciśnieniomierz z tradycyjną formułą zegara. |  |  |
| 3. | Odporny na wstrząsy i skutki upadku, manometr spełnia normy AAMI dotyczące odporności na wstrząsy. |  |  |
| 4. | Obrotowy zawór spustowy. |  |  |
| 5. | Maksymalny błąd pomiarowy: +/- 3 mmHg. |  |  |
| 6. | Zakres pomiarowy: 0-300mmHg. |  |  |
| 7. | Czytelna tarcza o średnicy min. 60min . |  |  |
| 8. | Trwały mankiet standardowy dla dorosłych (min. 100 000 pomiarów). |  |  |
| 9. | Bezlateksowy. |  |  |
| 10. | Etui. |  |  |

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**PULSOKSYMETR TRANSPORTOWY – 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | PULSOKSYMETR TRANSPORTOWY - 3 szt. |
| Typ: Nazwa własna: Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:  |
| 1. | Pamięć: min. 70 godzin (Sp02, tętno). |  |  |
| 2. | Kolorowy wyświetlacz LED. |  |  |
| 3. | Zakres pomiaru saturacji: 0-100% Sp02 w technologii zapewniającej dokładność pomiaru podczas ruchu pacjenta, przy niskiej perfuzji oraz u pacjentów z ciemną pigmentacją skóry. |  |  |
| 4. | Zakres pomiaru tętna: minimum 18-320 uderzeń na minutę. |  |  |
| 5. | Saturacja: 70-100% +/- 2 stopnie używających klips na palec. |  |  |
| 6. | Alarmy wizualne i dźwiękowe o wysokim i średnim priorytecie. |  |  |
| 7. | Możliwość czasowego wyciszenia alarmów na 2 minuty. |  |  |
| 8. | Alarmy: min. górna i dolna gr. Sp02, górna i dolna gr. tętna, niski poziom naładowania baterii, krytyczny poziom naładowania baterii, przemieszczenie czujnika, odłączenie lub uszkodzenie czujnika, błąd systemu, uszkodzenie modułu dźwiękowego. |  |  |
| 9. | Temperatura podczas pracy:- pulsoksymetr od -20°C do +50°C. |  |  |
| 10. | Temperatura przechowywania: od -40°C do +70°C. |  |  |
| 11. | Wilgotność podczas pracy: 10-95%. |  |  |
| 12. | Odporność na wstrząsy i upadki. |  |  |
| 13. | Zasilanie: baterie alkaiczne. |  |  |
| 14. | Czas pracy na zasilaniu akumulatorowym min. 60 godzin. |  |  |
| 15. | Urządzenie do badań dorosłych i dzieci. |  |  |
| 16. | Wymiary: max. 14 x 7 x 3,5 cm. |  |  |
| 17. | Waga: max. 250g. |  |  |

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**KAMERTON LARYNGOLOGICZNY – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełnia wykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartości oferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | KAMERTON LARYNGOLOGICZNY - 1 szt. |
| Typ: Nazwa własna: Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:……………………………………………………………………………………………….  |
| 1. | Wykonany z wysokiej jakości stali nierdzewnej. |  |  |
| 2. | Do wykonywania badań neurologicznych. |  |  |
| 3. | Częstotliwość drgań 128Hz. |  |  |

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**PROWADNICA DO TRUDNEJ INTUBACJI – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | PROWADNICA DO TRUDNEJ INTUBACJI - 1 szt. |
| Typ: Nazwa własna: Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:  |
| 1. | Prowadnica składająca się zakończonej atraumatycznie rurki z umieszczonym w środku światłowodem oraz z trzonem wizyjnym z okularem pozwalającym na podgląd pola operacyjnego. |  |  |
| 2. | Pozwalająca na używanie z rurkami intubacyjnymi w rozmiarze od 5,5.do 8,5. |  |  |
| 3. | Rurka prowadnicy wykonana ze stali chirurgicznej - giętka umożliwiająca dopasowanie kształtu do stanu i kształtu dróg oddechowych . |  |  |
| 4. | Trzon wyposażony w uniwersalny uchwyt dla oryginalnej rękojeści producenta lub klasycznej rękojeści laryngoskopu światłowodowego. |  |  |
| 5. | Dopinana rękojeść wyposażona w źródło światła z zasilaniem bateryjnym (ogólnie dostępna w handlu bateria typu CR 123A). |  |  |
| 6. | Prowadnica wyposażona w ruchomy uchwyt rurki intubacyjnej pozwalający na dopasowanie miejsca mocowania do długości rurki, oraz wyposażony w port tlenowy służący do biernej tlenoterapii podczas zabiegu intubacji. |  |  |
| 7. | Możliwość korzystania z prowadnicy przy intubacji z użyciem klasycznego laryngoskopu. |  |  |
| 8. | Wielorazowa - możliwość sterylizacji. |  |  |

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**TERMOMETR BEZDOTYKOWY- 3 SZT.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | TERMOMETR BEZDOTYKOWY - 3 szt. |
| Typ: Nazwa własna: Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:  |
| 1. | Termometr przenośny, bezdotykowy. |  |  |
| 2. | Urządzenie służące do pomiaru temperatury ciała (przy użyciu procesu dynamicznej korekcji uwzględniającej temperaturę otoczenia względem temperatury ciała). |  |  |
| 3. | Pomiary przeprowadzane są wyłącznie przy użyciu sondy na podczerwień do pomiaru temperatury, o wysokim stopniu dokładności pomiaru i stabilnym działaniu. |  |  |
| 4. | Funkcja alarmu w przypadku podwyższonej temperatury ciała. |  |  |
| 5. | Funkcja pamięci z zachowaniem min. 30 ostatnich wyników pomiaru. |  |  |
| 6. | Podświetlany wyświetlacz cyfrowy LCD. |  |  |
| 7. | Tryby pomiaru temperatury: skala Celsjusza. |  |  |
| 8. | Tryb automatycznego oszczędzania energii; termometr wyłącza się, jeśli nie jest używany. |  |  |
| 9. | Zakres pomiaru: temperatura ciała: 32,5°C - 42,5°C. |  |  |
| 10. | Czas pomiaru: max. 1 sekunda. |  |  |
| 11. | Odległość pomiaru: 3cm - 10cm. |  |  |
| 12. | Zasilanie: baterie. |  |  |

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**SŁUCHAWKI LEKARSKIE Z LEJKIEM – 4 SZT.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | SŁUCHAWKI LEKARSKIE Z LEJKIEM - 4 szt. |
| Typ: Nazwa własna: Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:  |
| 1. | Dwustronna głowica membranowa. |  |  |
| 2. | Materiał głowicy: stal nierdzewna lub aluminium. |  |  |
| 3. | Średnica membrany: 37-45 mm. |  |  |
| 4. | Ciepłe płaskie obwódki wykonane z miękkiego tworzywa zapewniające lepsze przyleganie do skóry. |  |  |
| 5. | Długość całkowita: 70- 75cm. |  |  |
| 6. | Bezlateksowe |  |  |

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**AMBU DLA DOROSŁYCH WIELORAZOWE- 4 SZT.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | AMBU DLA DOROSŁYCH WIELORAZOWE - 4 szt. |
| Typ: Nazwa własna:. . Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:………………………………………………………………………………………………. |
| 1. | Silikonowy wielokrotnego użytku przystosowany do sterylizacji w autoklawie |  |  |
| 2. | Objętość worka 2500 ml |  |  |
| 3. | Wyposażony zawór bezpieczeństwa z zastawką na 40 cmH20 |  |  |
| 4. | Z rezerwuarem tlenu, zastawką pacjenta |  |  |
| 5. | Przewodem zasilającym o dł. min 2m |  |  |
| 6. | W komplecie maska, 1 szt. w rozmiarze 4 i 5, przystosowana do sterylizacji |  |  |

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

DOZOWNIK TLENU – 5 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | DOZOWNIK TLENU - 5 szt. |
| Typ: Nazwa własna:. . Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:………………………………………………………………………………………………. |
| 1. | Dozownik pojedynczy bez nawilżacza. |  |  |
| 2. | Mocowany na szynie DIN. |  |  |
| 3. | Zakres 0-17 l/min. |  |  |
| 4. | Płynna regulacja przepływu za pomocą pokrętła. |  |  |
| 5. | Ciśnienie wejściowe 0,5 M Pa. |  |  |
| 6. | Wejście gwint UNF 9/16. |  |  |
| 7. | Możliwość podłączenia nawilżacza wielorazowego. |  |  |
| 8. | Możliwość podłączenia tulei z nakrętką do bezpośredniego mocowania przewodów giętkich. |  |  |
| 9. | W komplecie z uchwytem, wężem i wtykiem kątowym AGA. |  |  |

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**FOTEL DO POBIERANIA KRWI – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | FOTEL DO POBIERANIA KRWI - 1 szt. |
| Typ: Nazwa własna: Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:  |
| Cechy fotela: |
| 1. | Posiada zagłówek. |  |  |
| 2. | Funkcja fotela laryngologicznego. |  |  |
| 3. | Podłokietnik zintegrowany z oparciem. |  |  |
| 4. | Regulacja zmiany położenia podłokietników i oparcia. |  |  |
| 5. | Rama wykonana jest ze stali. |  |  |
| 6. | Rama malowana proszkowo. |  |  |
| 7. | Stabilna konstrukcja. |  |  |
| 8. | Staranne wykonanie. |  |  |
| 9. | Łatwa do utrzymania w czystości tapicerka. |  |  |
| 10. | Miękkie siedzisko, oparcie, podłokietnik i zagłówek. |  |  |
| 11. | Kolor obicia tapicerki do wyboru. |  |  |
| 12. | Stopki antypoślizgowe. |  |  |

...................................……..…… ………..………………………………………………..……………………………

*(miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)*

**Zadanie nr 2**

**Poduszki i koce bakteriostatyczne**

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

PODUSZKI BAKTERIOSTATYCZNE DO DEZYNFEKCJI PO KAŻDYM PACJENCIE
I PONOWNEGO UŻYCIA-10 SZT.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | PODUSZKI BAKTERIOSTATYCZNE DO DEZYNFEKCJI PO KAŻDYM PACJENCIE I PONOWNEGOUŻYCIA-10 SZT. |
| Typ: Nazwa własna: Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:………………………………………………………………………………………………  |
| 1. | Wymiary: 46 x 71 cm. |  |  |
| 2. | Kolor: do wyboru. |  |  |
| 3. | Wypełnienie: 100 % zgrzewne włókna poliestrowe z podtrzymującą wkładką termiczną. |  |  |
| 4. | Tkanina zewnętrzna: 100 % poliuretan. |  |  |
| 5. | Tkanina wewnętrzna: 100 % poliamid. |  |  |
| 6. | Powierzchnia kołdry: tkanina wodoodporna. |  |  |
| 7. | Waga wypełnienia: 700 g. |  |  |
| 8. | Waga całkowita: 820 g. |  |  |
| 9. | Sposób czyszczenia: dezynfekcja środkami ogólnodostępnymi. |  |  |
| 10. | Tkanina odporna na działanie standardowych środków dezynfekcyjnych używanych w szpitalach. |  |  |
| 11. | Szwy: niewidoczne zgrzewne szwy zapobiegające przedostawaniu się mikrobów do wewnątrz. |  |  |
| 12. | Filtr boczny zapewnia oddychanie poduszki i blokuje wnikanie patogenów do środka. |  |  |
| 13. | Wyrób medyczny klasy I oznaczony znakiem CE. |  |  |
| 14. | Antyalergiczna. |  |  |

*(miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)*

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

KOCE BAKTERIOSTATYCZNE, DO DEZYNFEKCJI PO KAŻDYM PACJENCIE I PONOWNEGO UŻYCIA- 10 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | KOCE BAKTERIOSTATYCZNE, DO DEZYNFEKCJI PO KAŻDYM PACJENCIE I PONOWNEGO UŻYCIA- 10 szt. |
| Typ: Nazwa własna:. . Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:……………………………………………………………………………………………….  |
| 1. | Wymiary: 138 x 198 cm. |  |  |
| 2. | Kolor: do wyboru. |  |  |
| 3. | Wypełnienie: 100 % miękka poliestrowa termicznie związana wkładka. |  |  |
| 4. | Odporność termiczna 4TOG. |  |  |
| 5. | Tkanina zewnętrzna: 100 % poliuretan. |  |  |
| 6. | Tkanina wewnętrzna: 100 % poliamid. |  |  |
| 7. | Powierzchnia koca: tkanina wodoodporna. |  |  |
| 8. | Waga wypełnienia: 200 g/rrń |  |  |
| 9. | Waga całkowita: 1600 g. |  |  |
| 10. | Sposób czyszczenia: dezynfekcja środkami ogólnodostępnymi. |  |  |
| 11. | Tkanina odporna na działanie standardowych środków dezynfekcyjnych używanych w szpitalach. |  |  |
| 12. | Szwy: niewidoczne zgrzewne szwy zapobiegające przedostawaniu się mikrobów do wewnątrz. |  |  |
| 13. | Filtr boczny zapewnia oddychanie koca i blokuje wnikanie patogenów do środka. |  |  |
| 14. | Wyrób medyczny klasy I oznaczony znakiem CE. |  |  |
| 15. | Antyalergiczny. |  |  |

*(miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)*

**Zadanie nr 3**

**Aparatura medyczna**

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**ZESTAW DIAGNOSTYCZNY OTOSKOP I OFTALMOSKOP NA WÓZKU Z TRANSFORMATOREM UMOŻLIWIAJĄCYM ŁADOWANIE**

**-1 zestaw**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | ZESTAW DIAGNOSTYCZNY OTOSKOP I OFTALMOSKOP NA WÓZKU Z TRANSFORMATOREMUMOŻLIWIAJĄCYM ŁADOWANIE - 1 zestaw |
| Typ: Nazwa własna: Wytwórca {nazwa, siedziba): Rok produkcji:  |
| I. | OTOSKOP |  |  |
| 1. | Głowica otoskopowa z żarówką LED (dozainstalowania na rękojeści transformatora), wyposażona w zaawansowany system optyczny, który zapewnia uzyskanie większego powiększenia, umożliwiając jednocześnie wgląd w niemal całą błonę bębenkową - praktycznie eliminując konieczność przemieszczania wziernika. |  |  |
| 2. | Żywotność diody LED - min. 20 OOOh. |  |  |
| 3. | Obrazowanie niemal całej błony bębenkowej. |  |  |
| 4. | Duża przejrzystość i określenie punktów orientacyjnych. |  |  |
| 5. | Możliwość dostosowania ostrości do zmiennej długości przewodu słuchowego lub oczu dalekowidza - zoom optyczny. |  |  |
| 6. | Konstrukcja głowicy umożliwiająca stabilne zamocowanie wziernika i bezdotykowe jego usunięcie. |  |  |
| 7. | redukcja intensywności światła. |  |  |
| 8. | W komplecie zestaw 4 końcówek otoskopowych wielokrotnego użytku, każda o innej średnicy: 2.5mm, 3mm, 4mm i 5mm. |  |  |
| II. | OFTALMOSKOP |  |  |
| 1. | Głowica oftalmoskopowa z 3,5V żarówką halogenową lub LED (do zainstalowania na rękojeści transformatora), wyposażona jest w koaksjalny system optyczny, umożliwiający wyeliminowanie cieni w polu widzenia i tym samym zwiększenie oświetlanej powierzchni dna oka. |  |  |
| 2. | 28 soczewek od -25 do +40 dioptrii. |  |  |
| . | filtr polaryzacyjny, redukujący odblaski rogówkowe. |  |  |
| 4. | plamy świetlne do wszelkich zastosowań: plama mikro - umożliwia łatwy wgląd w bardzo małe, niezakroplone źrenice; plama mała - umożliwia łatwiejsze badanie dna oka przy niezakroplonych źrenicach; plama duża - standardowa plama do badania zakropionych źrenic oraz do ogólnych badań oka; fiksacja - wyskalowane linie fiksacyjne ułatwiają pomiar zmian położenia lub lokalizację innych zmian chorobowych; szczelina - ułatwia określanie przestrzenne zmian chorobowych oraz guzów. |  |  |
| 5. | filtr kobaltowy (niebieski) stosowany z barwnikiem fluoresceinowym, ułatwiający badanie małych zmian, otarć oraz detekcję ciał obcych. |  |  |
| 6. | Filtr zielony, eliminujący czerwone światło w polu widzenia, ułatwiający ocenę naczyń krwionośnych oraz włókien nerwowych. |  |  |
| 7. | Szczelny system optyczny. |  |  |
| 8. | Podświetlany wskaźnik soczewek. |  |  |
| 9. | Gumowy kołnierz ochronny, ułatwiający pracę w okularach. |  |  |
| III. | TRANSFORMATOR |  |  |
| 1. | Transformator z dwiema rękojeściami, głowica otoskopowa z żarówką LED oraz głowica oftalmoskopowa koaksjalna z żarówką halogenową.lub LED. |  |  |
| 2. | pozwala ograniczyć zużycie energii i gwarantuje utrzymanie zestawów diagnostycznych w ciągłej gotowości do pracy. |  |  |
| 3. | wyposażony w zasilacz 5W. |  |  |
| 4. | Uchwyt rękojeści wyposażony jest w system czujników automatycznie włączający zasilanie rękojeści po wyjęciu z uchwytu i wyłączający je po odłożeniu rękojeści na miejsce. |  |  |
| 5. | Rękojeści są wyposażone w regulator umożliwiający wygodną kontrolę natężenia światła. |  |  |
| 6. | Rękojeści współpracujące z 3,5V głowicami diagnostycznymi. |  |  |
| 7. | Przewody spiralne o dł. 4 m. |  |  |
| IV. | WÓZEK |  |  |

*(miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)*

**Zadanie nr 4**

**Aparatura medyczna**

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**APARAT DO OGRZEWANIA PŁYNÓW INFUZYJNYCH - 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | APARAT DO OGRZEWANIA PŁYNÓW INFUZYJNYCH - 1 szt. |
| Typ:……………………………………………………………………………………………………………Nazwa własna:……………………………………………………………………………………………… Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:……………………………………………………………………………………………….  |
| 1. | Urządzenie do przepływowego podgrzewania krwi i płynów infuzyjnych |  |  |
| 2. | Możliwość umocowania za pomocą zintegrowanego uchwytu do stojaków, statywów o różnych średnicach lub specjalnych szyn mocujących |  |  |
| 3. | System zapewniający „suche grzanie” bez udziału wody lub innych płynów |  |  |
| 4. | Urządzenie posiadające zintegrowany uchwyt do przenoszenia |  |  |
| 5. | Wymiennik ciepła, w postaci sterylnego przewodu przedłużającego dostępnego w min. 3 różnych wersjach:- ze - zestaw o długości 460cm ze złączem luer, z pułapką pęcherzyków, portem do wkłucia, zaciskiem rolkowym, - - zestaw o długości 460cm ze złączem luer, portem do wkłucia, zaciskiem rolkowym, - - zestaw o długości 350cm ze złączem luer, zaciskiem rolkowym |  |  |
| 6. | Po włączeniu urządzenia domyślna temperatura wynosi 38.5°C |  |  |
| 7. | Czas potrzebny do osiągnięcia temperatury płynu 38.5°C od temperatury pokojowej max. 1 minuta |  |  |
| 8. | Panel sterujący do komunikacji z użytkownikiem |  |  |
| 9. | Masa urządzenia max. 2,0 kg |  |  |
| 10. | Maksymalne wymiary zewnętrzne: 228mm x 228mm x 132cm (szerokość x wysokość x głębokość ) |  |  |
| 11. | Urządzenie Klasy 1, uziemione, Typ B, sprzęt odporny na wilgo ć — klasa IPX4 |  |  |
| 12. | Przystosowany do pracy ciągłej |  |  |
| 13. | Kompatybilność elektromagnetyczna: urządzenie musi spełniać wymagania normy EN60601-1-2, (CISPR 11 - sklasyfikowany jako sprzęt klasy B, Grupy 1) potwierdzone instrukcją obsługi |  |  |
| 14. | Kontrola alarmów po każdorazowym podłączeniu do sieci elektrycznej oraz samoczynny test funkcji urządzenia podczas rozpoczęcia ogrzewania sygnalizowany sygnałem akustycznym |  |  |
| 15. | Automatyczny akustyczny i optyczny alarm je żeli temperatura płynu spadnie poniżej < 36.5°C |  |  |
| 16. | Automatyczne wyłączenie grzałki urządzenia, gdy temperatura płynu wyniesie: powyżej 42°C wraz z alarmem dźwiękowym i optycznym |  |  |
| 17. | Zestawy podgrzewające mogą być używane do ciśnienia 300mmHg — potwierdzone instrukcją używania aparatu |  |  |
| 18. | Możliwość ustawienia, regulacji temperatury płynu w zakresie od 37 do 411,01Q, skok co 0.5°C |  |  |

*(miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)*

**Zadanie nr 5**

**Sprzęt medyczny**

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**STOJAK NA PŁYNY INFUZYJNE Z PÓŁKĄ I KOSZEM – 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | STOJAK NA PŁYNY INFUZYJNE Z PÓŁKĄ I KOSZEM - 3 szt. |
| Typ: Nazwa własna: Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:  |
| 1. | Stojak medyczny jezdny. |  |  |
| 2. | Wykonanie: stal kwasoodporna. |  |  |
| 3. | Stojak przystosowany do pomp infuzyjnych. |  |  |
| 4. | Pokrętło do regulacji wysokości. |  |  |
| 5. | Regulacja wysokości w zakresie min. 1350 - 2200 mm. |  |  |
| 6. | Podstawa jezdna, stabilna, pięcioramienna na kołach gumowych o średnicy min. 50mm, w tym 2 kółka z blokadą. |  |  |
| 7. | Półka instrumentalna:-wym. zew. max. 240x310 mm,-wym. pow. odkładczej: min. 230-295mm. |  |  |
| 8. | Dopuszczalne obciążenie półki: min. 2kg. |  |  |
| 9. | Głowica z dwoma haczykami ze stali kwasoodpornej. |  |  |
| 10. | Dopuszczalne obciążenie haczyków: min. 2kg. |  |  |
| 11. | Kosz na odpadki. |  |  |

*(miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)*

**Zadanie nr 6**

**Meble niemedyczne**

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**SZAFA NA RZECZY PERSONELU – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | SZAFA NA RZECZY PERSONELU - 1 szt. |
| Typ: Nazwa własna:……………………………………………………………………………………………… Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:……………………………………………………………………………………………….  |
| 1. | Wykonana z blachy stalowej lakierowanej proszkowo na szaro. |  |  |
| 2. | Drzwi wyposażone w otwory dylatacyjne. |  |  |
| 3. | Wymiar sekcji: 300x 500x1800cm (szer. x gł. x wys.). |  |  |
| 4. | Ilość sekcji: 10. |  |  |
| 5. | Każdy przedział szafy wyposażony w półkę, drążek na ubrania, 3 haki oraz uchwyt na etykietę na drzwiach. |  |  |

**Zadanie nr 7**

**Gablota informacyjna**

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**GABLOTA INFORMACYJNA – 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | GABLOTA INFORMACYJNA - 4 szt. |
| Typ: ……………………………………………………………………………………………………………Nazwa własna: ………………………………………………………………………………………………Wytwórca (nazwa, siedziba): ……………………………………………………………………………..Rok produkcji: ………………………………………………………………………………………………. |
| 1. | Gablota ogłoszeniowa typu GCD dwudrzwiowa. Wykonana z owalnych profili aluminiowych anodowanych na srebrno z plastikowymi narożnikami. Drzwi otwierane, z bezpiecznego szkła akrylowe zamykane na dwa zamki. Gablota dostępna w siedmiu wersjach podłoża: magnetyczne (srebrne, białe) oraz do wpinania (korek, zielone, niebieskie, czerwone, szare). Szczegółowy opis:* grubość gabloty 3 cm,
* przestrzeń użytkowa około 2cm,
* bezpieczne owalne narożniki,
* niewidoczne mocowanie,
* mocna i zwarta konstrukcja,
* tył gabloty z blachy stalowej.
* w komplecie zestaw montażowy, wraz z instrukcją,
* gablota zapakowana w skrzynie drewniano-kartonową.
* wymiar: 150xl00cm.
 |  |  |

*(miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)*

**Zadanie nr 8**

**Narzędzia chirurgiczne**

Karta opisu parametrów funkcjonalno-użytkowych

**NARZĘDZIA CHIRURGICZNE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis elementów, parametru lub funkcji urządzenia | Potwierdzenie spełniania funkcji i parametrów (wypełniawykonawca wpisując słowo: TAK lub stawiając znak „X” i wypełniając kolumnę 4) | Opis funkcji i parametrów z podaniem istotnych wartościoferowanego wyrobu (wypełnia wykonawca, gdy oferuje wyrób równoważny) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Narzędzia chirurgiczne |
| Typ: Nazwa własna: Wytwórca (nazwa, siedziba): Rok produkcji:  |
| 1. | Nożyczki chirurgiczne standard proste dł. 145 mm 5 ¾”, końce ostre |  |  |
| 2. | Nożyczki chirurgiczne standard proste dł. 145mm 5 ¾”, końce ostro-tępe |  |  |
| 3. | Nożyczki chirurgiczne standard odgięte dł. 145mm 5 ¾”, końce ostro-tępe |  |  |
| 4. | Nożyczki chirurgiczne preparacyjne typ Metzenbaum delikatnie odgięte dł. 145mm, końce tępe |  |  |
| 5. | Nożyczki do materiałów opatrunkowych typ Lister dł. 155mm |  |  |
| 6. | Nożyczki do ciecia gipsu typ Esmarch dł. 200mm 8” |  |  |
| 7. | Pusta w środku prowadnica sondy typ Payr zakrz. 5/225mm |  |  |
| 8. | Igłotrzymacz chirurgiczny typ Mayo-Hegar dł. 150mm, szczęki z kanałem nacięcia krzyżowego 0,5 mm |  |  |
| 9. | Igłotrzymacz chirurgiczny typ Hegar dł. 180mm, szczęki szerokie z kanałem nacięcia krzyżowe 0,6mm |  |  |
| 10. | Igłotrzymacz chirurgiczny typ Halsey dł. 130mm szczęki z kanałem nacięcia krzyżowe 0,5mm |  |  |
| 11. | Kleszczyki naczyniowe delikatne typ Halsted-Mosquito bez ząbka, odgięte dł. 125mm, skok ząbków 0,6mm |  |  |
| 12. | Pinceta anatomiczna z uzębieniem atraumatycznym typ De Bakey, szerokość pyszczka 2mm dł. 200mm |  |  |
| 13. | Pinceta Treves 1x2 ząbki dł. 152mm |  |  |
| 14. | Łyżeczka ginekologiczna ostra typ Simon dł. 240mm 9 ½” figura 1 główka owalna szerokość 6,8mm |  |  |
| 15. | Zacisk ATR.COOLEY szcz.gład. 21 mm 140mm |  |  |
| 16. | Kleszczyki naczyniowe z uzębieniem atraumatycznym typ COOLEY dł. 160mm, ramiona odgięte, szczęki odgięte 30 stopni, skok ząbków poprzecznych 0,5mm wzdłużnych 1 mm |  |  |
| 17. | Nożyce do gipsu typ Stille 370mm |  |  |
| 18. | Pinceta rozszczepiająca Hunter 105mm |  |  |
| 19. | Szczypczyki do wkładania soczewki dł. 115mm 5 ½” odgięte w bok końcówki w kształcie litery T, szerokość 0,6 mm, długość beli 2mm |  |  |
| 20. | Kleszcze do cięcia drutu i obrączek |  |  |
| 21. | Rozwieracz automatyczny do ran typ Weitlaner 3x4 zęby szerokości 16,5 mm, zęby tępe dł. 130mm |  |  |
| 22. | Haczyk operacyjny typ Mannerfelt modyfikowany wąski 3 zębny, ostry, rozmiar 5.5 x 7,2mm dł. 155mm |  |  |
| 23. | Haczyk operacyjny typ Mannerfelt modyfikowany wąski 3 zębny, tępy 5.5 x 7,2mm, dł. 155mm |  |  |
| 24. | Uchwyt skalpela nr 4 dł. 135mm |  |  |
| 25. | Uchwyt skalpela nr 3 (trzonek) dł. 125mm |  |  |

*(miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)*