

NAZWA ORAZ ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:

**SZPITAL WOJEWÓDZKI  
IM. MIKOŁAJA KOPERNIKA  
UL. T. CHAŁUBIŃSKIEGO 7  
75 – 581 KOSZALIN**

NIP 669-10-44-410  
REGON 330006292  
BDO 000008455  
BANK BOŚ O/Koszalin nr: 35 1540 1043 2001 8101 3130 0001

**SPECYFIKACJA ISTOTNYCH  
WARUNKÓW ZAMÓWIENIA  
(SIWZ)**

TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:

**PRZETARG NIEOGRANICZONY  
o wartości równej lub przekraczającej 214 000 EURO**

Zamówienie realizowane w ramach projektu Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Oś Priorytetowa 9 Infrastruktura publiczna, Działania 9.1 Infrastruktura zdrowia

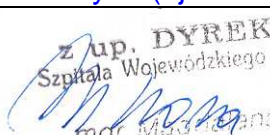
TYTUŁ POSTĘPOWANIA:

**WYPOSAŻENIE I SPRZĘT MEDYCZNY DLA ODDZIAŁÓW  
DZIECIECYCH I PRACOWNI ENDOSKOPII**

NUMER POSTĘPOWANIA: TP.382.168.2020 BS

PODSTAWA PRAWNA: Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U.2019.1843), zwana dalej ustawą Pzp

Zatwierdził, dnia 23.12.2020 r.

  
z up. DYREKTORA  
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie  
mgr Magdalena Sikora  
Z-ca Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych

**DZIAŁ I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa wyposażenia i sprzętu medycznego dla Oddziałów Dziecięcych i Pracowni Endoskopii w ramach programu RPZP.09.01.00-32-0006/17 – Przebudowa i doposażenie infrastruktury Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Koszalinie służącej leczeniu chorób będących przyczyną dezaktywacji zawodowej m.in. Pracowni Endoskopii oraz RPZP.09.01.00-32-0005/17 podniesienie standardów opieki pediatrycznej poprzez zakup sprzętu medycznego i modernizację oddziałów zlokalizowanych w Pawilonie Dziecięcym.
2. Nazwa i kody dotyczące przedmiotu zamówienia określone we Wspólnym Słowniku Zamówień publicznych (CPV) - Różne meble i wyposażenie - 39150000-8;
  - Przyrządy do endoskopii, endochirurgii - 33168000-5;
  - Urządzenia do podawania tlenu - 33157800-3;
  - Urządzenia do terapii gazowej i oddechowej - 33157000-5;
  - Defibrylatory - 33182100-0;
  - Urządzenia i przyrządy do infuzji - 33194100-7;
  - Urządzenia medyczne - 33100000-1;
  - Serwery - 48820000-2;
  - Urządzenia komputerowe - 30200000-1;
  - Urządzenia do elektrokardiografii - 33123200-0;
  - Zasłony, draperie, lambrekiny oraz rolety tekstylne - 39515000-5.
3. Szczegółowy zakres przedmiotu zamówienia opisujący potrzeby Zamawiającego został zawarty w [Załączniku nr 1 i 2 do SIWZ](#).
4. W przypadku wątpliwości co do treści złożonej oferty przez Wykonawcę, Zamawiający zastrzega sobie prawo do wezwania Wykonawcy, którego oferta zostanie najwyższej oceniona, do przeprowadzenia w siedzibie Zamawiającego prezentacji zaoferowanego przedmiotu zamówienia w celu zbadania zgodności parametrów wymaganiami zawartymi w SIWZ. Wykonawca zobowiązany będzie do dostarczenia oraz przeprowadzenia prezentacji przedmiotu zamówienia w terminie nie dłuższym niż 3 dni roboczych licząc od dnia wezwania. W celu przeprowadzenia prezentacji Zamawiający dopuszcza sprzęt demonstracyjny. Jeżeli Wykonawca będzie uchylał się od przeprowadzenia prezentacji, oferta Wykonawcy zostanie uznana jako niezgodna z treścią SIWZ i zostanie odrzucona na mocy art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy Prawo zamówień publicznych.
5. Wszystkie zaoferowane urządzenia oraz wyposażenie muszą być fabrycznie nowe, nierekondycjonowane oraz wyprodukowane w roku 2021 lub 2020.

**DZIAŁ II. CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych:

1. Część nr 1 – Meble i wyposażenie dodatkowe;
2. Część nr 2 – Pojemniki do transportu endoskopów;
3. Część nr 3 – Zestaw sond do bimera argonowego;
4. Część nr 4 – Aparatambu z maską;
5. Część nr 5 – Laryngoskop z dwiema łyżkami;
6. Część nr 6 – Szafa do przechowywania i suszenia endoskopów;
7. Część nr 7 – Aparat do znieczulenia z monitorem;
8. Część nr 8 – Defibrylator;
9. Część nr 9 – Pompa strzykawkowa;
10. Część nr 10 – Stół endoskopowy do zabiegów ECPW;
11. Część nr 11 – Myjnia endoskopowa chemiczno-termiczna;
12. Część nr 12 – Ssak jezdny jednobutelkowy;
13. Część nr 13 – Serwer z licencjami i oprogramowaniem;
14. Część nr 14 – Stacja robocza z drukarką;
15. Część nr 15 – Sprzęt komputerowy;
16. Część nr 16 – Podgrzewacz do żelu usg dla noworodków i dzieci;
17. Część nr 17 – Narzędzia medyczne;
18. Część nr 18 – Aparat EKG;
19. Część nr 19 – Pulsoksymetr napalcowy;
20. Część nr 20 – Inhalator tłokowy;
21. Część nr 21 – Tablica informacyjna triage;
22. Część nr 22 – Rolety;

### 23. Część nr 23 – Pompa infuzyjna.

Wykonawca może złożyć ofertę na jedną, kilka lub wszystkie części zamówienia.

#### DZIAŁ III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Do 4 tygodni od daty podpisania umowy.

#### DZIAŁ IV. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Zamawiający nie określa warunków udziału w postępowaniu.

#### DZIAŁ V. PODSTAWY WYKLUCZENIA

Z postępowania o udzielenie zamówienia wyklucza się Wykonawcę, który nie wykazał braku podstaw wykluczenia, tj.:

- 1) wykonawcę będącego osobą fizyczną, którego prawomocnie skazano za przestępstwo:
  - a) o którym mowa w art. 165a, art. 181-188, art. 189a, art. 218-221, art. 228-230a, art. 250a, art. 258 lub art. 270-309 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. poz. 553, z późn. zm.) lub art. 46 lub art. 48 ustawy z dnia 25 czerwca 2010 r. o sporcie (Dz. U. z 2016 r. poz. 176),
  - b) o charakterze terrorystycznym, o którym mowa w art. 115 § 20 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny,
  - c) skarbowe,
  - d) o którym mowa w art. 9 lub art. 10 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. poz. 769);
- 2) wykonawcę, jeżeli urzędującego członka jego organu zarządzającego lub nadzorczego, wspólnika spółki w spółce jawnej lub partnerskiej albo komplementariusza w spółce komandytowej lub komandytowo-akcyjnej lub prokurenta prawomocnie skazano za przestępstwo, o którym mowa w pkt 1;
- 3) wykonawcę, wobec którego wydano prawomocny wyrok sądu lub ostateczną decyzję administracyjną o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, chyba że wykonawca dokonał płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności;
- 4) wykonawcę, który w wyniku zamierzonego działania lub rażącego niedbalstwa wprowadził zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji, że nie podlega wykluczeniu, spełnia warunki udziału w postępowaniu lub obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria, zwane dalej "kryteriami selekcji", lub który zataił te informacje lub nie jest w stanie przedstawić wymaganych dokumentów;
- 5) wykonawcę, który w wyniku lekkomyślności lub niedbalstwa przedstawił informacje wprowadzające w błąd Zamawiającego, mogące mieć istotny wpływ na decyzje podejmowane przez Zamawiającego w postępowaniu o udzielenie zamówienia;
- 6) wykonawcę, który bezprawnie wpływał lub próbował wpłynąć na czynności Zamawiającego lub pozyskać informacje poufne, mogące dać mu przewagę w postępowaniu o udzielenie zamówienia;
- 7) wykonawcę, który brał udział w przygotowaniu postępowania o udzielenie zamówienia lub którego pracownik, a także osoba wykonująca pracę na podstawie umowy zlecenia, o dzieło, agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług, brał udział w przygotowaniu takiego postępowania, chyba że spowodowane tym zakłócenie konkurencji może być wyeliminowane w inny sposób niż przez wykluczenie wykonawcy z udziału w postępowaniu;
- 8) wykonawcę, który z innymi wykonawcami zawarł porozumienie mające na celu zakłócenie konkurencji między wykonawcami w postępowaniu o udzielenie zamówienia, co zamawiający jest w stanie wykazać za pomocą stosownych środków dowodowych;
- 9) wykonawcę będącego podmiotem zbiorowym, wobec którego sąd orzekł zakaz ubiegania się o zamówienia publiczne na podstawie ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2015 r. poz. 1212, 1844 i 1855 oraz z 2016 r. poz. 437 i 544);
- 10) wykonawcę, wobec którego orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakaz ubiegania się o zamówienia publiczne;
- 11) wykonawcę, który naruszył obowiązki dotyczące płatności podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, co zamawiający jest w stanie wykazać za pomocą stosownych środków dowodowych, z wyjątkiem przypadku, o którym mowa w art. 24 ust. 1 pkt 15 ustawy Pzp, chyba że wykonawca dokonał płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności;

- 12) wykonawców, którzy należąc do tej samej grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015 r. poz. 184, 1618 i 1634), złożyli odrębne oferty lub oferty częściowe, chyba że wykażą, że istniejące między nimi powiązania nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

**DZIAŁ VI. WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIANIE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ BRAK PODSTAW WYKLUCZENIA**

1. W celu dokonania wstępnej oceny ofert w przedmiotowym postępowaniu, Wykonawca składa:
  - 1) ofertę sporządzoną zgodnie ze wzorem – [Załącznik nr 1 do SIWZ](#);
  - 2) Jednolity Europejski Dokument Zamówienia (JEDZ/ESPD);
  - 3) oryginalny dokument potwierdzający wniesienia wadium w formie niepieniężnej, podpisany podpisem kwalifikowanym przez Wystawcę (nie dotyczy wadium wniesionego w formie pieniężnej).
2. W celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia wykonawcy z udziału w postępowaniu, Wykonawca na wezwanie Zamawiającego przedstawi następujące dokumenty:
  - 1) informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, ustawy Pzp, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
  - 2) informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 14 ustawy Pzp, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
  - 3) oświadczenie wykonawcy o braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo – w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji – dokumenty potwierdzające dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności;
  - 4) informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 21 ustawy Pzp, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
  - 5) oświadczenie wykonawcy o braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne;
  - 6) zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert, lub innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem podatkowym w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;
  - 7) zaświadczenie właściwej terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego albo innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert, lub innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;
  - 8) oświadczenia wykonawcy o niezaleganiu z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 716);
3. Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa w ust 2:
  - 1) pkt 1, 2, 4 - składa informację z odpowiedniego rejestru albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dotyczy informacja albo dokument, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy Pzp;
  - 2) pkt 6, 7 - składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że nie zalega z opłacaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne albo że zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3 pkt 1, powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert. Dokument, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, powinien być wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem tego terminu.

5. Jeżeli w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w ust. 3, zastępuje się je dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji, lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania wykonawcy lub miejsce zamieszkania tej osoby. Przepis ust. 4 stosuje się.
6. W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy spełniają wymagania określone przez Zamawiającego w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia, Wykonawca na wezwanie Zamawiającego przedstawi następujące dokumenty:
- 1) poświadczony przez Wykonawcę opis przedmiotu zamówienia, tj. wypełniony szczegółowy opis przedmiotu zamówienia stanowiący [Załącznik nr 2 do SIWZ](#);
  - 2) deklaracje zgodności wraz z załącznikami:
    - część nr 1 tabela nr 11 (Wózek siedzący do transportu pacjenta),
    - część nr 1 tabela nr 19 (Wózek transportowy hydrauliczny),
    - część nr 1 tabela nr 20 (Wózek transportowy 2-sekcyjny hydrauliczny),
    - część nr 1 tabela nr 21 (Wózek transportowy 3-sekcyjny hydrauliczny),
    - część nr 1 tabela nr 25 (Szafka przyłóżkowa),
    - część nr 1 tabela nr 26 (Stojak na odpadki z misą),
    - część nr 1 tabela nr 27 (Wieszak kroplówkowy mobilny),
    - część nr 1 tabela nr 33 (Wózek ratowniczy),
    - część nr 1 tabela nr 35 (Kozetka lekarska),
    - część nr 1 tabela nr 36 (Stolik zabiegowy typ MAYO),
    - część nr 1 tabela nr 37 (Stolik zabiegowy z dwoma blatami),
    - część nr 1 tabela nr 39 (Taboret z pneumatyczną regulacją wysokości),
    - część nr 1 tabela nr 44 (Stolik zabiegowy typu MAYO z hydrauliczną regulacją wysokości)
    - część nr 1 tabela nr 45 (Stolik zabiegowy z jednym blatem),
    - część nr 1 tabela nr 46 (Taboret z hydrauliczną regulacją wysokości bez oparcia);
    - część nr 1 tabela nr 47 (Taboret z hydrauliczną regulacją wysokości oparcia),
    - część nr 1 tabela nr 49 (Taboret obrotowy do gabinetów zabiegowych),
    - część nr 1 tabela nr 50 (Regulowany fotel do pobierania krwi),
    - część nr 1 tabela nr 51 (Szafka do badań niemowląt),
    - część nr 1 tabela nr 52 (Kozetka lekarska z uchwytem na papier),
    - część nr 1 tabela nr 55 (Fotel rozkładany dla matek),
    - część nr 1 tabela nr 56 (Taboret obrotowy),
    - część nr 1 tabela nr 64 (Taboret z oparciem)
    - część nr 2 (Pojemniki do transportu endoskopów),
    - część nr 3 (Zestaw sond do bimeru argonowego),
    - część nr 4 (Aparatambu z maską),
    - część nr 5 (Laryngoskop z dwiema łyżkami),
    - część nr 6 (Szafa do przechowywania i suszenia endoskopów). W przypadku, gdy urządzenie nie jest urządzeniem medycznym inne dokumenty wymagane prawem dla danego typu urządzeń,
    - część nr 7 (Aparat do znieczulenia z monitorem),
    - część nr 8 (Defibrylator),
    - część nr 9 (Pompa strzykawkowa);
    - część nr 10 (Stół endoskopowy do zabiegów ECPW),
    - część nr 11 (Myjnia endoskopowa chemiczno-termiczna),
    - część nr 12 (Ssak jezdny jednobutelkowy),
    - część nr 16 (Podgrzewacz do żelu usg dla noworodków i dzieci),
    - część nr 17 (Narzędzia medyczne),
    - część nr 18 (Aparat EKG),
    - część nr 19 (Pulsoksymetr napalcowy),
    - część nr 20 (Inhalator tłokowy),
    - część nr 23 (Pompa infuzyjna),
  - 3) potwierdzenie jednostki notyfikowanej - dotyczy wyrobów medycznych klasy I sterylnej i wyższej;
  - 4) atest zgodności z normami EN 16139:2013\_07, PN EN 1728:2012, PN EN 1022:2007 lub równoważnymi w zakresie wymagań wytrzymałościowych i bezpiecznych rozwiązań - wystawiony przez niezależne laboratorium badawcze, - dotyczy części nr 1 tabela nr 23 (Krzesło z podłokietnikiem do karmienia),
  - 5) atest wytrzymałości wydany przez Zakład Badań i Wdrożeń Przemysłu Meblarskiego lub zakład równoważny - dotyczy części nr 1 tabela nr 53 (Fotel kubełkowy),
  - 6) wynik z testu komputera w zaoferowanej konfiguracji, ze stronie producenta oprogramowania testującego, tj. firmy Bapco - [https://results.bapco.com/results/benchmark/SYSmark\\_2018](https://results.bapco.com/results/benchmark/SYSmark_2018) lub wynik z przeprowadzonego testu w oferowanej konfiguracji jako wydruk z licencjonowanego oprogramowania

testującego, przy czym zamawiający zastrzega sobie prawo wezwania wykonawcy do przedstawienia zabezpieczonego pliku PDF, wygenerowanego przez oprogramowanie testujące, w trakcie badania i oceny ofert, dla potwierdzenia autentyczności uzyskanych wyników – dotyczy części nr 14 (Stacja robocza z drukarką).

- 7) Certyfikaty i oświadczenia - dotyczy części nr 15 tabela nr 1 (Komputer):
    - europejska deklaracja zgodności CE;
    - Certyfikat poprawnej współpracy z zaoferowanym systemem operacyjnym - wydruk ze strony producenta oprogramowania systemowego;
  - 8) oryginalne materiały informacyjne producenta potwierdzające spełnienie parametrów oferowanych wyrobów (dotyczy wszystkich części).
7. W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez wykonawcę, zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu.
  8. Oświadczenia dotyczące wykonawcy i innych podmiotów, na których zdolnościach lub sytuacji polega wykonawca na zasadach określonych w art. 22a ustawy Pzp oraz dotyczące podwykonawców, składane są w oryginale.
  9. Dokumenty, składane są w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem.
  10. Poświadczenia za zgodność z oryginałem dokonuje odpowiednio wykonawca, podmiot, na którego zdolnościach lub sytuacji polega wykonawca, wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego albo podwykonawca, w zakresie dokumentów, które każdego z nich dotyczą.
  11. Poświadczenie za zgodność z oryginałem następuje w formie elektronicznej.
  12. Zamawiający może żądać przedstawienia oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentów, o których mowa w rozporządzeniu „W sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia”, innych niż oświadczenia, wyłącznie wtedy, gdy złożona kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej prawdziwości.
  13. Zamawiający w niniejszym postępowaniu na podstawie art. 24aa ustawy Pzp zastosuje „procedurę odwróconą” t.j. najpierw dokona oceny ofert, a następnie zbada, czy wykonawca, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza, nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu.

## DZIAŁ VII. INFORMACJA O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI

### 1. Informacje ogólne

- 1) W postępowaniu o udzielenie zamówienia komunikacja między Zamawiającym a Wykonawcami odbywa się przy użyciu ePUAPu <https://epuap.gov.pl/wps/portal> oraz poczty elektronicznej.
- 2) Zamawiający wyznacza do kontaktu z Wykonawcami Panią Bożenę Sterczyńską, tel. 94 34 88 104, email: [bozena.sterczynska@swk.med.pl](mailto:bozena.sterczynska@swk.med.pl).
- 3) Wykonawca zamierzający wziąć udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, musi posiadać konto na ePUAP. Wykonawca posiadający konto na ePUAP ma dostęp do formularzy: złożenia, zmiany, wycofania oferty oraz do formularza do komunikacji.
- 4) Wymagania techniczne i organizacyjne wysyłania i odbierania dokumentów elektronicznych, elektronicznych kopii dokumentów i oświadczeń oraz informacji przekazywanych przy ich użyciu opisane zostały w Regulaminie korzystania z miniPortalu oraz Regulaminie ePUAP.
- 5) Maksymalny rozmiar plików przesyłanych za pośrednictwem dedykowanych formularzy do: złożenia, zmiany, wycofania oferty oraz do komunikacji wynosi 150 MB.
- 6) Za datę przekazania oferty, wniosków, zawiadomień, dokumentów elektronicznych, oświadczeń lub elektronicznych kopii dokumentów lub oświadczeń oraz innych informacji przyjmuje się datę ich przekazania na ePUAP.
- 7) Identyfikator postępowania dla danego postępowania o udzielenie zamówienia dostępny jest na Liście wszystkich postępowań na miniPortalu.

### 2. Złożenie oferty

- 1) Wykonawca składa ofertę za pośrednictwem **Formularza do złożenia, zmiany, wycofania oferty** dostępnego na ePUAP i udostępnionego również na miniPortalu. Klucz publiczny niezbędny do

zaszyfrowania oferty przez Wykonawcę jest dostępny dla wykonawców na miniPortalu. W ofercie Wykonawca zobowiązany jest podać adres skrzynki ePUAP, na którym prowadzona będzie korespondencja związana z postępowaniem.

- 2) Oferta powinna być sporządzona w języku polskim, z zachowaniem postaci elektronicznej w formacie danych (pdf, doc, docx, rtf, odt, xls, xlsx) i podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Sposób złożenia oferty, w tym zaszyfrowania oferty opisany został w Regulaminie korzystania z miniPortalu (<https://miniportal.uzp.gov.pl/WarunkiUslugi.aspx>). Ofertę należy złożyć w oryginale.
- 3) Wszelkie informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, które Wykonawca zastrzeże jako tajemnicę przedsiębiorstwa, powinny zostać złożone w osobnym pliku wraz z jednoczesnym zaznaczeniem polecenia „Załącznik stanowiący tajemnicę przedsiębiorstwa” a następnie wraz z plikami stanowiącymi jawną część skompresowane do jednego pliku archiwum (ZIP).
- 4) Do oferty należy dołączyć Jednolity Europejski Dokument Zamówienia w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, a następnie wraz z plikami stanowiącymi ofertę skompresować do jednego pliku archiwum (ZIP).
- 5) Wykonawca może przed upływem terminu do składania ofert zmienić lub wycofać ofertę za pośrednictwem Formularza do złożenia, zmiany, wycofania oferty dostępnego na ePUAP i udostępnionych również na miniPortalu. Sposób zmiany i wycofania oferty został opisany w Instrukcji użytkownika dostępnej na miniPortalu.
- 6) Wykonawca po upływie terminu do składania ofert nie może skutecznie dokonać zmiany ani wycofać złożonej oferty.

### 3. Sposób komunikowania się Zamawiającego z Wykonawcami (nie dotyczy składania ofert)

- 1) W postępowaniu o udzielenie zamówienia komunikacja pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcami w szczególności składanie oświadczeń, wniosków (innych niż wskazanych w ust. 2), zawiadomień oraz przekazywanie informacji odbywa się elektronicznie za pośrednictwem **dedykowanego formularza dostępnego na ePUAP oraz udostępnionego przez miniPortal (Formularz do komunikacji)**. We wszelkiej korespondencji związanej z niniejszym postępowaniem Zamawiający i Wykonawcy posługują się numerem ogłoszenia TED lub numerem referencyjnym postępowania.
- 2) Zamawiający może również komunikować się z Wykonawcami za pomocą poczty elektronicznej, email [bozena.sterczynska@swk.med.pl](mailto:bozena.sterczynska@swk.med.pl).
- 3) Dokumenty elektroniczne, oświadczenia lub elektroniczne kopie dokumentów lub oświadczeń składane są przez Wykonawcę za pośrednictwem *Formularza do komunikacji* jako załączniki. Zamawiający dopuszcza również możliwość składania dokumentów elektronicznych, oświadczeń lub elektronicznych kopii dokumentów lub oświadczeń za pomocą poczty elektronicznej, na wskazany w pkt 2 adres email. Sposób sporządzenia dokumentów elektronicznych, oświadczeń lub elektronicznych kopii dokumentów lub oświadczeń musi być zgodny z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2017 r. w sprawie użycia środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz udostępniania i przechowywania dokumentów elektronicznych oraz rozporządzeniu Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

## DZIAŁ VIII. WADIUM

### 1. Wykonawca przystępując do przetargu wnosi wadium w wysokości:

| numer części | wadium w zł | numer części | wadium w zł | numer części | wadium w zł |
|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| 1            | 5 660,00    | 9            | 88,00       | 17           | 125,00      |
| 2            | 15,00       | 10           | 530,00      | 18           | 128,00      |
| 3            | 57,00       | 11           | 1 300,00    | 19           | 168,00      |
| 4            | 22,00       | 12           | 47,00       | 20           | 37,00       |
| 5            | 39,00       | 13           | 1 494,00    | 21           | 8,00        |
| 6            | 1 840,00    | 14           | 633,00      | 22           | 522,00      |
| 7            | 2 500,00    | 15           | 1 887,00    | 23           | 267,00      |
| 8            | 531,00      | 16           | 16,00       |              |             |

### 2. Wykonawca może wnieść wadium w jednej lub w kilku następujących formach:

- 1) pieniądzu, wpłaca się przelewem na rachunek bankowy BOŚ O/ Koszalin nr: 35 1540 1043 2001 8101 3130 0001 z dopiskiem w tytule „wadium do przetargu TP.382.168.2020 BS na dostawa wyposażenia i sprzętu medycznego dla Oddziałów Dziecięcych i Pracowni Endoskopii”;
- 2) poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo - kredytowej, z tym że

- poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym;
- 3) gwarancjach bankowych;
  - 4) gwarancjach ubezpieczeniowych;
  - 5) poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust.5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz. U. 2014, poz. 1804.).
3. W przypadku składania przez Wykonawcę wadium w formie gwarancji, gwarancja ma być co najmniej gwarancją: bezwarunkową, nieprzenośną, nieodwołalną i płatną na pierwsze pisemne żądanie Zamawiającego. Gwarancja ma być sporządzona zgodnie z obowiązującym prawem i winna zawierać następujące elementy:
- 1) nazwę dającego zlecenie (Wykonawcy), beneficjenta gwarancji (Zamawiającego), gwaranta (banku lub instytucji ubezpieczeniowej udzielających gwarancji) oraz wskazanie ich siedzib,
  - 2) oznaczenie postępowania,
  - 3) określenie przedmiotu postępowania
  - 4) określenie wiarygodności, która ma być zabezpieczona gwarancją,
  - 5) kwotę gwarancji,
  - 6) termin ważności gwarancji
  - 7) zobowiązanie gwaranta do zapłacenia kwoty gwarancji na pierwsze pisemne żądanie Zamawiającego zawierające oświadczenie, iż Wykonawca, którego ofertę wybrano:
    - a) odmówił podpisania umowy na warunkach określonych w ofercie lub
    - b) nie wniósł zabezpieczenia należytego wykonania umowy lub
    - c) zawarcie umowy stało się niemożliwe z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy.
  - 8) zobowiązanie gwaranta do zapłacenia kwoty gwarancji na pierwsze pisemne żądanie Zamawiającego zawierające oświadczenie, iż Wykonawca zobowiązany w odpowiedzi na wezwanie o którym mowa w art. 26 ust. 3 i 3a ustawy Pzp, z przyczyn leżących po jego stronie, nie złożył oświadczeń lub dokumentów, potwierdzających okoliczności o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy Pzp, oświadczenia, o którym mowa w art. 25a ust. 1 ustawy Pzp, pełnomocnictw lub nie wyraził zgody na poprawienie omyłki, o której mowa w art. 87 ust. 2 pkt 3 ustawy Pzp, co spowodowało brak możliwości wybrania oferty złożonej przez wykonawcę jako najkorzystniejszej.
4. Termin wniesienia wadium.  
Wadium należy wnieść przed upływem terminu składania ofert, przy czym wniesienie wadium w pieniądzu za pomocą przelewu bankowego Zamawiający będzie uważał za skuteczne tylko wówczas, gdy bank prowadzący rachunek Zamawiającego potwierdzi, że otrzymał taki przelew przed upływem terminu składania ofert.  
W wymienionym przypadku dołączenie do oferty kopii polecenia przelewu jest warunkiem niewystarczającym do stwierdzenia przez Zamawiającego terminowego wniesienia wadium przez Wykonawcę.
5. Termin obowiązywania wadium.  
Wadium wniesione do postępowania przetargowego musi zabezpieczać ofertę przez cały okres związania ofertą.

#### DZIAŁ IX. OKRES ZWIĄZANIA OFERTA

Wykonawcy pozostają związani ofertą przez okres **60 dni** od upływu terminu do składania ofert.

#### DZIAŁ X. OPIS PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Przygotowanie oferty:
  - 1) Oferta musi być sporządzona w języku polskim.
  - 2) Dokumenty sporządzone w języku obcym należy złożyć wraz z tłumaczeniem na język polski, poświadczonym przez wykonawcę.
  - 3) Koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Wykonawca.
  - 4) Wykonawca może złożyć w prowadzonym postępowaniu wyłącznie jedną ofertę.
  - 5) Oferta oraz wszystkie załączniki wymagają podpisu osób uprawnionych do reprezentowania firmy w obrocie gospodarczym, zgodnie z aktem rejestracyjnym, wymaganiami ustawowymi oraz innymi przepisami prawa.
  - 6) Jeżeli oferta i załączniki zostaną podpisane przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy, należy dołączyć właściwe umocowanie prawne.
  - 7) Zamawiający nie jest podmiotem wykonującym zadania z zakresu administracji publicznej i nie wymaga dokonania opłaty skarbowej, związanej z udzielonym pełnomocnictwem osoby do reprezentowania Wykonawcy.
  - 8) Oferta powinna zawierać wszystkie wymagane dokumenty, oświadczenia i załączniki, o których mowa w treści niniejszej SIWZ.



- 9) Dokumenty powinny być sporządzone zgodnie z zaleceniami oraz przedstawionymi przez Zamawiającego wzorcami - załącznikami, a w szczególności zawierać wszystkie informacje oraz dane.
2. Oferta wspólna. W przypadku, kiedy ofertę składa kilka podmiotów, oferta musi spełniać następujące warunki:
- 1) Wykonawcy ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy w sprawie zamówienia publicznego.
  - 2) Oferta winna być podpisana przez ustanowionego pełnomocnika.
  - 3) Upoważnienie do pełnienia funkcji pełnomocnika wymaga podpisu prawnie upoważnionych przedstawicieli każdego z partnerów - należy załączyć je do oferty.
  - 4) Oświadczenie JEDZ składa każdy z wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie. Dokument ten potwierdza spełnianie warunków udziału w postępowaniu, brak podstaw wykluczenia w którym każdy z wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu oraz brak podstaw wykluczenia.
  - 5) Podmioty występujące wspólnie ponoszą solidarną odpowiedzialność za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań.
  - 6) Jeżeli oferta wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia publicznego zostanie wybrana, Zamawiający może żądać przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego, umowy regulującej współpracę tych wykonawców.

#### DZIAŁ XI. TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Oferty należy przesłać do dnia 28.01.2021 r. do godz. 10:00
2. Otwarcie ofert:
  - 1) Otwarcie ofert nastąpi w dniu 28.01.2021 r., o godz. 10:15
  - 2) Otwarcie ofert następuje poprzez użycie aplikacji do szyfrowania ofert dostępnej na miniPortalu.
  - 3) Otwarcie ofert jest jawne, Wykonawcy mogą uczestniczyć w sesji otwarcia ofert.
  - 4) Niezwłocznie po otwarciu ofert Zamawiający zamieści na stronie internetowej informację z otwarcia ofert.

#### DZIAŁ XII. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY

1. Cena oferty musi uwzględniać wszystkie zobowiązania, musi być podana w PLN, z wyodrębnieniem należnego podatku VAT.
2. Cena podana w ofercie powinna obejmować wszystkie koszty i składniki związane z wykonaniem zamówienia.
3. Cena może być tylko jedna.
4. Cena (cena brutto) = ilość x cena jednostkowa netto + wartość VAT

#### DZIAŁ XIII. KRYTERIA OCENY OFERTY

1. Przy wyborze oferty najkorzystniejszej Zamawiający będzie kierował się następującymi kryteriami:  
Część nr 1, 2, 3, 4, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 22, 23

| LP | KRYTERIUM         | %   | SPOSÓB OBLICZANIA  |
|----|-------------------|-----|--|
| 1  | Cena              | 60% | $C = \frac{\text{Najniższa cena spośród ważnych ofert}}{\text{Cena badanej oferty}} \times 60$   |
| 2  | Termin realizacji | 40% | $T = \frac{T_{\min}}{T_{\text{badana}}} \times 40$ <p> <math>T_{\min}</math> - minimalny okres realizacji zamówienia<br/> <math>T_{\text{badana}}</math> - termin realizacji zamówienia obliczanej oferty<br/>           Maksymalny termin realizacji: do 4 tygodni<br/>           Minimalny termin realizacji: 2 tygodnie<br/>           Kryterium „termin realizacji” będzie liczone na podstawie zaoferowanego przez wykonawców okresu realizacji zamówienia, nie krótszego jednak niż 2 tygodnie.<br/>           Oferta Wykonawcy, który zaproponuje krótszy termin realizacji niż 2 tygodnie, będzie oceniana przez Zamawiającego jako oferta z 2 tygodniowym terminem realizacji.<br/>           Oferta Wykonawcy bez określenia terminu realizacji będzie oceniana         </p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | przez Zamawiającego jako oferta z 4 tygodniowym terminem realizacji.<br>Oferta Wykonawcy, który zaproponuje dłuższy termin realizacji niż 4 tygodnie, będzie podlegała odrzuceniu. |
|--|--|--|--|

## Część nr 5, 9, 11, 16, 18

| LP | KRYTERIUM                  | %   | SPOSÓB OBLICZANIA  |
|----|----------------------------|-----|--|
| 1  | Cena                       | 60% | Najniższa cena spośród ważnych ofert<br>$C = \frac{\text{Najniższa cena spośród ważnych ofert}}{\text{Cena badanej oferty}} \times 60$   |
| 2  | Termin realizacji          | 20% | $T = \frac{T_{\min}}{T_{\text{badana}}} \times 20$ <p><math>T_{\min}</math> - minimalny okres realizacji zamówienia<br/> <math>T_{\text{badana}}</math> - termin realizacji zamówienia obliczanej oferty</p> <p>Maksymalny termin realizacji: do 4 tygodni<br/> Minimalny termin realizacji: 2 tygodnie</p> <p>Kryterium „termin realizacji” będzie liczone na podstawie zaofertowanego przez wykonawców okresu realizacji zamówienia, nie krótszego jednak niż 2 tygodnie.<br/> Oferta Wykonawcy, który zaproponuje krótszy termin realizacji niż 2 tygodnie, będzie oceniana przez Zamawiającego jako oferta z 2 tygodniowym terminem realizacji.<br/> Oferta Wykonawcy bez określenia terminu realizacji będzie oceniana przez Zamawiającego jako oferta z 4 tygodniowym terminem realizacji.<br/> Oferta Wykonawcy, który zaproponuje dłuższy termin realizacji niż 4 tygodnie, będzie podlegała odrzuceniu.</p> |
| 3  | Okres dodatkowej gwarancji | 20% | $\frac{G_{\text{badana}}}{G_{\max}} \times 20 \text{ pkt}$ <p><math>G_{\max}</math> – maksymalny okres dodatkowej gwarancji – 36 miesięcy<br/> <math>G_{\text{badana}}</math> – okres dodatkowej gwarancji badanej oferty (od 1 do 36 miesięcy)</p>  |

## Część nr 15

| LP | KRYTERIUM         | %   | SPOSÓB OBLICZANIA  |
|----|-------------------|-----|--|
| 1  | Cena              | 60% | Najniższa cena spośród ważnych ofert<br>$C = \frac{\text{Najniższa cena spośród ważnych ofert}}{\text{Cena badanej oferty}} \times 60$   |
| 2  | Termin realizacji | 20% | $T = \frac{T_{\min}}{T_{\text{badana}}} \times 20$ <p><math>T_{\min}</math> - minimalny okres realizacji zamówienia<br/> <math>T_{\text{badana}}</math> - termin realizacji zamówienia obliczanej oferty</p> <p>Maksymalny termin realizacji: do 4 tygodni<br/> Minimalny termin realizacji: 2 tygodnie</p> <p>Kryterium „termin realizacji” będzie liczone na podstawie zaofertowanego przez wykonawców okresu realizacji zamówienia, nie krótszego jednak niż 2 tygodnie.<br/> Oferta Wykonawcy, który zaproponuje krótszy termin realizacji niż 2 tygodnie, będzie oceniana przez Zamawiającego jako oferta z 2 tygodniowym terminem realizacji.<br/> Oferta Wykonawcy bez określenia terminu realizacji będzie oceniana przez Zamawiającego jako oferta z 4 tygodniowym terminem realizacji.<br/> Oferta Wykonawcy, który zaproponuje dłuższy termin realizacji niż 4 tygodnie, będzie podlegała odrzuceniu.</p> |

|   |                            |     |   |
|---|----------------------------|-----|---|
| 3 | Okres dodatkowej gwarancji | 20% | $\frac{G_{\text{badana}}}{\dots} \times 20 \text{ pkt}$ $G_{\text{max}}$ $G_{\text{max}} - \text{maksymalny okres dodatkowej gwarancji} - 24 \text{ miesiące}$ $G_{\text{badana}} - \text{okres dodatkowej gwarancji badanej oferty (od 1 do 24 miesięcy)}$ |
|---|----------------------------|-----|---|

## Część nr 6, 7, 8

| LP | KRYTERIUM                  | %   | SPOSÓB OBLICZANIA   |
|----|----------------------------|-----|---|
| 1  | Cena                       | 60% | <p>Najniższa cena spośród ważnych ofert</p> $\frac{\dots}{\dots} \times 60$ <p>Cena badanej oferty</p>  |
| 2  | Termin realizacji          | 10% | $T = \frac{T_{\text{min}}}{T_{\text{badana}}} \times 10$ <p><math>T_{\text{min}}</math> - minimalny okres realizacji zamówienia<br/> <math>T_{\text{badana}}</math> - termin realizacji zamówienia obliczanej oferty</p> <p>Maksymalny termin realizacji: do 4 tygodni<br/> Minimalny termin realizacji: 2 tygodnie</p> <p>Kryterium „termin realizacji” będzie liczone na podstawie zaoferowanego przez wykonawców okresu realizacji zamówienia, nie krótszego jednak niż 2 tygodnie.<br/> Oferta Wykonawcy, który zaproponuje krótszy termin realizacji niż 2 tygodnie, będzie oceniana przez Zamawiającego jako oferta z 2 tygodniowym terminem realizacji.<br/> Oferta Wykonawcy bez określenia terminu realizacji będzie oceniana przez Zamawiającego jako oferta z 4 tygodniowym terminem realizacji.<br/> Oferta Wykonawcy, który zaproponuje dłuższy termin realizacji niż 4 tygodnie, będzie podlegała odrzuceniu.</p> |
| 3  | Okres dodatkowej gwarancji | 10% | $\frac{G_{\text{badana}}}{\dots} \times 10 \text{ pkt}$ $G_{\text{max}}$ $G_{\text{max}} - \text{maksymalny okres dodatkowej gwarancji} - 36 \text{ miesięcy}$ $G_{\text{badana}} - \text{okres dodatkowej gwarancji badanej oferty (od 1 do 36 miesięcy)}$   |
| 2  | Kryteria pozacenowe        | 20% | <p>Ilość punktów za kryteria pozacenowe badanej oferty</p> $\frac{\dots}{\dots} \times 20$ <p>Maksymalna ilość punktów za kryteria pozacenowe</p> <p>Szczegółowy opis kryteriów pozacenowych w załączniku nr 2</p>  |

## 2. Wynik:

Oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryteria) zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów.

## DZIAŁ XIV. ZABEZPIECZENIE NALEŻYTEGO WYKONANIA UMOWY

Zamawiający nie wymaga wniesienie zabezpieczenia należytego wykonania umowy.

## DZIAŁ XV. WARUNKI UMOWY

1. Zamawiający podpisze umowę z wykonawcą, który przedłoży najkorzystniejszą ofertę z punktu widzenia kryteriów przyjętych w niniejszej SIWZ.
2. Umowa zawarta zostanie z uwzględnieniem postanowień wynikających z treści niniejszej SIWZ oraz danych zawartych w ofercie.
3. Postanowienia umowy zawarto w projekcie umowy, który stanowi [Załącznik nr 3 do SIWZ](#).

**DZIAŁ XVI. INFORMACJA O MOŻLIWOŚCI ZMIANY POSTANOWIEŃ UMOWY**

1. Dopuszcza się możliwość zmiany przedmiotu zamówienia wynikającego z oferty na podstawie, której zawarta została umowa, przy niższej lub niezwiększonej cenie, w przypadku, gdy Wykonawca zaproponuje nowszy technologicznie produkt spełniający parametry określone w opisie przedmiotu zamówienia.
2. Dopuszcza się możliwość zmiany numeru katalogowego, kodu produktu i nazwy własnej przedmiotu umowy, w przypadku, gdy wykonawca zaproponuje taką zmianę.
3. Dopuszcza się możliwość obniżenia wielkości ceny, w przypadku, gdy Wykonawca w okresie realizacji umowy zaproponuje ten sam produkt w niższej cenie.
4. Dopuszcza się możliwość zmiany stawki podatku VAT na towary sprzedawane w ramach rozstrzygniętego postępowania. Zmiana ceny następuje nie wcześniej niż z dniem wejścia w życie aktu prawnego zmieniającego stawkę podatku VAT.
5. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany terminy dostawy w przypadku wystąpienia okoliczności, których Wykonawca nie mógł przewidzieć na etapie składania oferty jeżeli Wykonawca wykaże, że będą one miały wpływ na realizację zamówienia.

**DZIAŁ XVII. ŚRODKI OCHRONY PRAWNEJ**

1. Odwołanie
  - 1) Odwołanie przysługuje wyłącznie od niezgodnej z przepisami ustawy czynności zamawiającego podjętej w postępowaniu o udzielenie zamówienia lub zaniechania czynności, do której zamawiający jest zobowiązany na podstawie ustawy.
  - 2) Odwołanie powinno wskazywać czynność lub zaniechanie czynności zamawiającego, której zarzuca się niezgodność z przepisami ustawy, zawierać zwięzłe przedstawienie zarzutów, określać żądanie oraz wskazywać okoliczności faktyczne i prawne uzasadniające wniesienie odwołania.
  - 3) Odwołanie wnosi się do Prezesa Izby w formie pisemnej w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej, opatrzone odpowiednio własnoręcznym podpisem albo kwalifikowanym podpisem elektronicznym.
  - 4) Odwołujący przesyła kopię odwołania zamawiającemu przed upływem terminu do wniesienia odwołania w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią przed upływem tego terminu. Domniemywa się, iż zamawiający mógł zapoznać się z treścią odwołania przed upływem terminu do jego wniesienia, jeżeli przesłanie jego kopii nastąpiło przed upływem terminu do jego wniesienia przy użyciu środków komunikacji elektronicznej.
  - 5) Wykonawca może w terminie przewidzianym do wniesienia odwołania poinformować zamawiającego o niezgodnej z przepisami ustawy czynności podjętej przez niego lub zaniechaniu czynności, do której jest on zobowiązany na podstawie ustawy, na które nie przysługuje odwołanie na podstawie art. 180 ust. 2 ustawy.
  - 6) W przypadku uznania zasadności przekazanej informacji zamawiający powtarza czynność albo dokonuje czynności zaniechanej, informując o tym wykonawców w sposób przewidziany w ustawie dla tej czynności.
  - 7) Na czynności, o których mowa w pkt 6, nie przysługuje odwołanie, z zastrzeżeniem art. 180 ust. 2 ustawy Pzp.
  - 8) Odwołanie wnosi się w terminie 10 dni od dnia przesłania informacji o czynności zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia – jeżeli zostały przesłane w sposób określony w art. 180 ust. 5 ustawy Pzp zdanie drugie albo w terminie 15 dni – jeżeli przesłane w inny sposób.
  - 9) Odwołanie wobec treści ogłoszenia o zamówieniu a także wobec postanowień SIWZ, wnosi się w terminie 10 dni od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej lub zamieszczenia SIWZ na stronie internetowej.
  - 10) Odwołanie wobec czynności innych niż określone w pkt 8 i 9 wnosi się w terminie 10 dni od dnia, w którym powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można było powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.
2. Skarga do sądu
  - 1) Na orzeczenie Izby stronom oraz uczestnikom postępowania odwoławczego przysługuje skarga do sądu.
  - 2) W postępowaniu toczącym się wskutek wniesienia skargi stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego o apelacji, jeżeli przepisy niniejszego rozdziału nie stanowią inaczej.
  - 3) Skargę wnosi się do sądu okręgowego właściwego dla siedziby albo miejsca zamieszkania Zamawiającego.
  - 4) Skargę wnosi się za pośrednictwem Prezesa Izby w terminie 7 dni od dnia doręczenia orzeczenia Izby, przesyłając jednocześnie jej odpis przeciwnikowi skargi. Złożenie skargi w placówce pocztowej operatora publicznego jest równoznaczne z jej wniesieniem.

- 5) Prezes Izby przekazuje skargę wraz z aktami postępowania odwoławczego właściwemu sądowi w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania.
  - 6) W terminie 21 dni od dnia wydania orzeczenia skargę może wnieść także Prezes Urzędu. Prezes Urzędu może także przystąpić do toczącego się postępowania.
  - 7) Do czynności podejmowanych przez Prezesa Urzędu stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego o prokuratorze.
  - 8) Skarga powinna czynić zadość wymaganiom przewidzianym dla pisma procesowego oraz zawierać oznaczenie zaskarżonego orzeczenia, przytoczenie zarzutów, związane ich uzasadnienie, wskazanie dowodów, a także wniosek o uchylenie orzeczenia lub o zmianę orzeczenia w całości lub w części.
  - 9) W postępowaniu toczącym się na skutek wniesienia skargi nie można rozszerzyć żądania odwołania ani występować z nowymi żądaniami.
  - 10) Sąd na posiedzeniu niejawnym odrzuca skargę wniesioną po upływie terminu lub niedopuszczalną z innych przyczyn, jak również skargę, której braków strona nie uzupełniła w terminie.
3. Szczegółowe informacje na temat środków ochrony prawnej znajdują się w ustawie Prawo zamówień publicznych w Dziale VI.

#### DZIAŁ XVIII. INFORMACJA I DOSTĘP DO DANYCH OSOBOWYCH

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:
  - 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika, ul. T. Chałubińskiego 7, 75 – 581 Koszalin;
  - 2) inspektorem ochrony danych osobowych w Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika jest Pani Anna Kobusińska, adres e-mail: [sekretariat@swk.med.pl](mailto:sekretariat@swk.med.pl), telefon: 94 34 88 545;
  - 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę wyposażenia i sprzętu medycznego dla Oddziałów Dziecięcych i Pracowni Endoskopii”, prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego;
  - 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy Pzp;
  - 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez okres 5 lat kalendarzowych od dnia zakończenia realizacji umowy;
  - 6) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
  - 7) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
  - 8) posiada Pani/Pan:
    - a) na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
    - b) na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
    - c) na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
    - d) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
  - 9) nie przysługuje Pani/Panu:
    - a) w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
    - b) prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
    - c) na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

#### DZIAŁ XIX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zasady udostępniania dokumentów
  - 1) Protokół wraz z załącznikami jest jawny. Załączniki do protokołu udostępnia się po dokonaniu wyboru najkorzystniejszej oferty lub unieważnieniu postępowania.
  - 2) Udostępnienie protokołu zainteresowanym odbywać się będzie wg poniższych zasad:

- a) udostępnienie protokołu w siedzibie Zamawiającego:
- Zamawiający udostępnia protokół wraz z załącznikami po złożeniu pisemnego wniosku;
  - Zamawiający udostępnia protokół wraz z załącznikami w miejscu oraz czasie przez niego wskazanym;
  - bez zgody Zamawiającego, wnioskodawca w trakcie wglądu do protokołu lub załączników nie może samodzielnie kopiować lub utrzymywać za pomocą urządzeń lub środków technicznych służących do utrwalania obrazu treści złożonych ofert,
- b) przesłanie kopii protokołu:
- Zamawiający przesyła protokół lub załączniki w wersji papierowej lub elektronicznej zgodnie z wyborem wnioskodawcy po złożeniu pisemnego wniosku;
  - cena kopii 1 strony wersji papierowej wynosi 79 gr brutto;
  - jeżeli przesłanie kopii protokołu lub załączników zgodnie z wyborem wnioskodawcy jest z przyczyn technicznych znacząco utrudnione, w szczególności z uwagi na ilość żądanych do przesłania dokumentów, zamawiający informuje o tym wnioskodawcę i wskazuje sposób, w jaki mogą być one udostępnione.

2. W sprawach nieuregulowanych zastosowanie mają przepisy ustawy Pzp oraz Kodeksu Cywilnego.

#### DZIAŁ XX. ZAŁĄCZNIKI

1. Wzór formularza oferty.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.
3. Projekt umowy.

## OFERTA

Dane Wykonawcy:

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Nazwa i adres Wykonawcy:       | .....   |
| KRS lub inny organ rejestrowy: | .....   |
| Wielkość przedsiębiorstwa      | 1. mikroprzedsiębiorstwo; 2. małe przedsiębiorstwo; 3. średnie przedsiębiorstwo; 4. żadne z powyższych. (właściwe podkreślić) |
| Osoby upoważniona do kontaktu  | Imię i nazwisko .....; Tel. .... Adres e-mail:.....   |
| Nr rachunku bankowego:         | .....   |

Oferuję dostawę, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia:

| CZĘŚĆ NR 1 MEBLE I WYPOSAŻENIE DODATKOWE |   |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|--|---|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| L.p.                                     | Przedmiot zamówienia  | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.                                       | Wózek wielofunkcyjny zabiegowy ze stali kwasoodpornej             |                           |                         | szt.            | 4     |                  |           |                   |            |             |
| 2.                                       | Taborety ze zmywalną skórą w kolorze kremowym i metalowymi nogami |                           |                         | szt.            | 13    |                  |           |                   |            |             |
| 3.                                       | Fotel obrotowy komputerowy  |                           |                         | szt.            | 59    |                  |           |                   |            |             |
| 4.                                       | Krzesełko do poczekalni   |                           |                         | szt.            | 10    |                  |           |                   |            |             |
| 5.                                       | Dozownik do mydła dezynfekcyjnego/ środka dezynfekcyjnego         |                           |                         | szt.            | 19    |                  |           |                   |            |             |
| 6.                                       | Lustro  |                           |                         | szt.            | 36    |                  |           |                   |            |             |
| 7.                                       | Stelaż podwójny na worki - zbieracz odpadów                       |                           |                         | szt.            | 3     |                  |           |                   |            |             |
| 8.                                       | Kosz na odpady duży   |                           |                         | szt.            | 92    |                  |           |                   |            |             |
| 9.                                       | Kosz na odpady mały   |                           |                         | szt.            | 68    |                  |           |                   |            |             |
| 10.                                      | Wózek do sprzątnia duży   |                           |                         | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |

|     |  |                        |      |    |  |  |  |  |
|-----|--|------------------------|------|----|--|--|--|--|
| 11. | Wózek siedzący do transportu pacjenta                                  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 1  |  |  |  |  |
| 12. | Lodówka medyczna   |                        | szt. | 3  |  |  |  |  |
| 13. | Lodówka socjalna do zabudowy   |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |
| 14. | Lodówka pod blatowa  |                        | szt. | 14 |  |  |  |  |
| 15. | Sofa do pokoju socjalnego  |                        | szt. | 2  |  |  |  |  |
| 16. | Sofa 2 osobowa do gabinetu lekarskiego                                 |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |
| 17. | Sofa rozkładana  |                        | szt. | 4  |  |  |  |  |
| 18. | Pistolet do płukania i suszenia endoskopów typu SELECTA lub równoważny |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |
| 19. | Wózek transportowy hydrauliczny  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 1  |  |  |  |  |
| 20. | Wózek transportowy 2-sekcyjny hydrauliczny                             | wyrób med. klasy ..... | szt. | 1  |  |  |  |  |
| 21. | Wózek transportowy 3-sekcyjny hydrauliczny                             | wyrób med. klasy ..... | szt. | 2  |  |  |  |  |
| 22. | Krzesło zmywalne do korytarza  |                        | szt. | 35 |  |  |  |  |
| 23. | Krzesło z podłokietnikiem do karmienia                                 |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |
| 24. | Ławka z 4 siedzeniami  |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |
| 25. | Szafka przyłóżkowa   | wyrób med. klasy ..... | szt. | 17 |  |  |  |  |
| 26. | Stojak na odpadki z misą   | wyrób med. klasy ..... | szt. | 3  |  |  |  |  |
| 27. | Wieszak kroplówkowy mobilny  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 2  |  |  |  |  |
| 28. | Wózek na brudną bieliznę z pokrywą                                     |                        | szt. | 2  |  |  |  |  |
| 29. | Wózek na brudną bieliznę   |                        | szt. | 2  |  |  |  |  |
| 30. | Wózek na odpady (I)  |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |
| 31. | Wózek na brudną bieliznę i buty  |                        | szt. | 2  |  |  |  |  |
| 32. | Wózek na odpady (II)   |                        | szt. | 4  |  |  |  |  |
| 33. | Wózek ratowniczy   | wyrób med. klasy ..... | szt. | 1  |  |  |  |  |
| 34. | Waga stojąca z metromierzem  |                        | szt. | 4  |  |  |  |  |
| 35. | Kozetka lekarska   | wyrób med. klasy ..... | szt. | 1  |  |  |  |  |
| 36. | Stolik zabiegowy typ MAYO  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 1  |  |  |  |  |
| 37. | Stolik zabiegowy z dwoma blatami                                       | wyrób med. klasy ..... | szt. | 4  |  |  |  |  |
| 38. | Podest   |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |



|     |  |  |                        |      |    |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|------------------------|------|----|--|--|--|--|--|
| 39. | Taboret z pneumatyczna regulacją wysokości                         |  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 6  |  |  |  |  |  |
| 40. | Wózek do rozwożenia posiłków (bemarowy) z 2 komorami i dolną półką |  |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 41. | Zmywarko - wyparzarka  |  |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 42. | Kanapa do pokoju socjalnego (I)                                    |  |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 43. | Kanapa do pokoju socjalnego (II)                                   |  |                        | szt. | 2  |  |  |  |  |  |
| 44. | Stolik zabiegowy typu MAYO z hydrauliczna regulacją wysokości      |  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 45. | Stolik zabiegowy z jednym blatem                                   |  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 2  |  |  |  |  |  |
| 46. | Taboret z hydrauliczną regulacją wysokości bez oparcia             |  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 2  |  |  |  |  |  |
| 47. | Taboret z hydrauliczną regulacja wysokości oparcia                 |  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 2  |  |  |  |  |  |
| 48. | Przewijak przyścienny dla niemowląt                                |  |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 49. | Taboret obrotowy do gabinetów zabiegowych                          |  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 6  |  |  |  |  |  |
| 50. | Regulowany fotel do pobierania krwi                                |  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 51. | Szafka do badań niemowląt  |  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 52. | Kozetka lekarska z uchwytem na papier                              |  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 53. | Fotel kubelkowy  |  |                        | szt. | 12 |  |  |  |  |  |
| 54. | Fotel rozkładany   |  |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 55. | Fotel rozkładany dla matek   |  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 56. | Taboret obrotowy   |  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 2  |  |  |  |  |  |
| 57. | Łóżko/leżanka do badań EEG   |  |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 58. | Termos do przenoszenia pokarmów                                    |  |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 59. | Wózek do przewożenia pokarmów                                      |  |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 60. | Wózek transportowy dla dzieci małych                               |  |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 61. | Fotel transportowy   |  |                        | szt. | 1  |  |  |  |  |  |
| 62. | Sofa głęboka bez podłokietników, nierozkładana z 3 poduchami       |  |                        | szt. | 4  |  |  |  |  |  |
| 63. | Krzesełko dla pacjenta bez podłokietnika                           |  |                        | szt. | 24 |  |  |  |  |  |

|              |                    |  |                        |      |   |  |  |  |  |  |
|--------------|--------------------|--|------------------------|------|---|--|--|--|--|--|
| 64.          | Taboret z oparciem |  | wyrób med. klasy ..... | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 65.          | Fotel              |  |                        | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| <b>RAZEM</b> |                    |  |                        |      |   |  |  |  |  |  |

**PARAMETRY OCENIANE:**

Czas dostawy ..... dni\*

Uwaga dla części nr 1:

L.p. jest jednocześnie numerem tabeli, w której znajduje się szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

| CZEŚĆ NR 2 POJEMNIKI DO TRANSPORTU ENDOSKOPÓW |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|---|------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp  | Przedmiot zamówienia               | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.  | Pojemniki do transportu endoskopów |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 4     |                  |           |                   |            |             |

**PARAMETRY OCENIANE:**

Czas dostawy ..... dni

| CZEŚĆ NR 3 ZESTAW SOND DO BIMERA ARGONOWEGO |                                  |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|---|----------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp  | Przedmiot zamówienia             | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.  | Zestaw sond do bimera argonowego |                           | wyrób med. klasy .....  | zest.           | 1     |                  |           |                   |            |             |

**PARAMETRY OCENIANE:**

Czas dostawy ..... dni\*

| CZEŚĆ NR 4 APARAT AMBU Z MASKĄ |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp                             | Przedmiot zamówienia | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.                             | Aparat ambu z maską  |                           | wyrób med. klasy .....  | zest.           | 3     |                  |           |                   |            |             |

**PARAMETRY OCENIANE:**

Czas dostawy ..... dni\*

| CZEŚĆ NR 5 LARYNGOSKOP Z DWIEMA ŁYŻKAMI |                              |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|---|------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp                                      | Przedmiot zamówienia         | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.                                      | Laryngoskop z dwiema łyżkami |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 3     |                  |           |                   |            |             |

**PARAMETRY OCENIANE:**

Czas dostawy ..... dni

Okres gwarancji ..... miesięcy

| CZEŚĆ NR 6 SZAFKA DO PRZECHOWYWANIA I SUSZENIA ENDOSKOPÓW  |  |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|--|--|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp   | Przedmiot zamówienia                           | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.   | Szafka do przechowywania i suszenia endoskopów |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b>   |  |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Raport z badań potwierdzających czystość mikrobiologiczną, przeprowadzonych dla ..... dniowego okresu przechowywania endoskopów        |  |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Możliwość rozbudowy o dodatkową komorę pasywną na 8 endoskopów korzystającą z jednej wspólnej jednostki sterująco-zasilającej TAK/NIE* |  |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Zaokrąglone naroża w celu zapewnienia skutecznego czyszczenia TAK/NIE  |  |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Czas dostawy ..... dni   |  |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Okres gwarancji ..... miesięcy   |  |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |

\*Niepotrzebne skreślić

| CZEŚĆ NR 7 APARAT DO ZNIECZULENIA Z MONITOREM   |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|---|------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp  | Przedmiot zamówienia               | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.  | Aparat do znieczulenia z monitorem |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b>  |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 1) Pojemność układu oddechowego ..... L   |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 2) Kondensator wody wbudowany w zbiornik na wapno, (rezewuar na dole pochłaniacza i w uchwycie) – TAK/NIE*  |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 3) Respirator napędzany tlenem lub powietrzem ) – TAK/NIE*  |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 4) Przełączenie wentylacji z ręcznej na mechaniczną i wentylacji mechanicznej na ręczną przy pomocy dźwigni – TAK/NIE*  |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 5) Alarm niskiej i wysokiej objętości TV – TAK/NIE*   |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 6) Ekran na ruchomym wysięgniku ułatwiającym zmianę jego położenia podczas znieczulenia w poziomie i na boki – TAK/NIE*   |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 7) Ekran respiratora wyposażony w pamięć przynajmniej 4 konfiguracji ekranu z możliwością ich edycji przez użytkownika – TAK/NIE*   |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 8) Test kontrolny parowników aparatu do znieczulenia – TAK/NIE*   |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 9) Pomiar wysycenia hemoglobiny tlenem, z wykorzystaniem algorytmu typu Masimo SET lub TruSignal lub równoważnego – TAK/NIE*  |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 10) Algorytm pomiarowy odporny na zakłócenia, artefakty i niemiarną akcję serca<br>Pomiar NIBP metodą oscylometryczną, technika dwutubowa (oddzielnie inflacja i deflacja) w celu zwiększenia dokładności i bezpieczeństwa.– TAK/NIE* |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 11) Możliwość rozbudowy o monitorowanie głębokości uśpienia. Pomiar SE, RE, BSR realizowany z wykorzystaniem modułu oferowanego systemu monitorowania – TAK/NIE*  |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 12) Monitorowanie poziomu analgezji z wykorzystaniem czujnika saturacji, bez konieczności wykorzystywania dodatkowych akcesoriów – TAK/NIE*   |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 13) Czas dostawy ..... dni  |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| 14) Okres gwarancji ..... miesięcy  |                                    |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |

\*Niepotrzebne skreślić

| CZEŚĆ NR 8 DEFIBRYLATOR |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp                      | Przedmiot zamówienia | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.                      | Defibrylator         |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |

**PARAMETRY OCENIANE:**

Wózek z wyposażeniem TAK/NIE\*

Czas dostawy ..... dni

Okres gwarancji ..... miesięcy

\*Niepotrzebne skreślić

| CZEŚĆ NR 9 POMPA STRZYKAWKOWA |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp                            | Przedmiot zamówienia | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.                            | Pompa strzykawkowa   |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 2     |                  |           |                   |            |             |

**PARAMETRY OCENIANE:**

Czas dostawy ..... dni

| CZEŚĆ NR 10 STÓŁ ENDOSKOPOWY DO ZABIEGÓW ECPW |                                   |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|---|-----------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp  | Przedmiot zamówienia              | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.  | Stół endoskopowy do zabiegów ECPW |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |

**PARAMETRY OCENIANE:**

Czas dostawy ..... dni

| CZEŚĆ NR 11 MYJNIA ENDOSKOPOWA CHEMICZNO-TERMICZNA |  |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|--|--|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp   | Przedmiot zamówienia                   | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.   | Myjnia endoskopowa chemiczno-termiczna |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |

**PARAMETRY OCENIANE:**

Czas dostawy ..... dni

Okres gwarancji ..... miesięcy

| CZEŚĆ NR 12 SSAK JEZDNY JEDNOBUTELKOWY |                            |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|--|----------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp                                     | Przedmiot zamówienia       | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.                                     | Ssak jezdny jednobutelkowy |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |

|                            |
|----------------------------|
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b> |
| Czas dostawy ..... dni     |

**CZEŚĆ NR 13 SERWER Z LICENCJAMI I OPROGRAMOWANIEM**

| Lp | Przedmiot zamówienia                  | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
|----|---------------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| 1. | Serwer z licencjami i oprogramowaniem |                           |                         | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |

|                            |
|----------------------------|
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b> |
| Czas dostawy ..... dni     |

**CZEŚĆ NR 14 STACJA ROBOCZA Z DRUKARKĄ**

| Lp | Przedmiot zamówienia             | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
|----|----------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| 1. | Zestaw z kartą graficzną HD      |                           |                         | zest.           | 1     |                  |           |                   |            |             |
| 2. | Zestaw z kartą graficzną HD i SD |                           |                         | zest.           | 1     |                  |           |                   |            |             |

RAZEM

|                            |
|----------------------------|
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b> |
| Czas dostawy ..... dni     |

**CZEŚĆ NR 15 SPRZĘT KOMPUTEROWY**

| Lp | Przedmiot zamówienia      | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
|----|---------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| 1. | Komputer                  |                           |                         | szt.            | 74    |                  |           |                   |            |             |
| 2. | Drukarki kolorowe         |                           |                         | szt.            | 4     |                  |           |                   |            |             |
| 3. | Drukarki                  |                           |                         | szt.            | 8     |                  |           |                   |            |             |
| 4. | Czytnik kodów kreskowych  |                           |                         | szt.            | 9     |                  |           |                   |            |             |
| 5. | Drukarka kodów kreskowych |                           |                         | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |

RAZEM

|                                |
|--------------------------------|
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b>     |
| Czas dostawy ..... dni         |
| Okres gwarancji ..... miesięcy |

Uwaga dla części nr 15:

L.p. jest jednocześnie numerem tabeli, w której dokonano szczegółowego opisu przedmiotu zamówienia

| CZEŚĆ NR 16 PODGRZEWACZ DO ŻELU USG DLA NOWORODKÓW I DZIECI |   |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|---|---|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp  | Przedmiot zamówienia                            | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.  | Podgrzewacz do żelu usg dla noworodków i dzieci |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b>                                  |   |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Czas dostawy ..... dni                                      |   |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Okres gwarancji ..... miesięcy                              |   |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |

| CZEŚĆ NR 17 NARZĘDZIA MEDYCZNE |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp                             | Przedmiot zamówienia | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.                             | Nożyce do gipsu      |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 3     |                  |           |                   |            |             |
| 2.                             | Łamacz               |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |
| 3.                             | Rozwieracz mniejszy  |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |
| 4.                             | Rozwieracz większy   |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |
| 5.                             | Nożyczki SIMS "8"    |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |
| 6.                             | Nożyczki SIMS "9"    |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |
| <b>RAZEM</b>                   |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b>     |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Czas dostawy ..... dni         |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |

Uwaga dla części nr 17:

L.p. jest jednocześnie numerem tabeli, w której dokonano szczegółowego opisu przedmiotu zamówienia

| CZEŚĆ NR 18 APARAT EKG         |                        |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|--------------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp                             | Przedmiot zamówienia   | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.                             | Aparat EKG 12-kanalowy |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 2     |                  |           |                   |            |             |
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b>     |                        |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Czas dostawy ..... dni         |                        |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Okres gwarancji ..... miesięcy |                        |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |

| CZEŚĆ NR 19 PULSOKSYMETR NAPALCOWY |                        |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|------------------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp                                 | Przedmiot zamówienia   | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.                                 | Pulsoksymetr napalcowy |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 8     |                  |           |                   |            |             |
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b>         |                        |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |

| Czas dostawy ..... dni               |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|--------------------------------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Okres gwarancji ..... miesięcy       |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| <b>CZEŚĆ NR 20 INHALATOR TŁOKOWY</b> |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Lp                                   | Przedmiot zamówienia | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.                                   | Inhalator tłokowy    |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 8     |                  |           |                   |            |             |
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b>           |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Czas dostawy ..... dni               |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |

| <b>CZEŚĆ NR 21 TABLICA INFORMACYJNA TRIAGE</b> |                             |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|--|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp   | Przedmiot zamówienia        | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.   | Tablica informacyjna triage |                           |                         | szt.            | 1     |                  |           |                   |            |             |
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b>                     |                             |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Czas dostawy ..... dni                         |                             |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |

| <b>CZEŚĆ NR 22 ROLETY</b>  |   |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|----------------------------|---|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp                         | Przedmiot zamówienia                      | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.                         | Rolety do okien z luftem, jednoskrzydłowe |                           |                         | kpl.            | 56    |                  |           |                   |            |             |
| 2.                         | Rolety do okien trzyskrzydłowe            |                           |                         | kpl.            | 2     |                  |           |                   |            |             |
| 3.                         | Rolety między salami                      |                           |                         | szt.            | 8     |                  |           |                   |            |             |
| <b>RAZEM</b>               |   |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b> |   |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Czas dostawy ..... dni     |   |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |

| <b>CZEŚĆ NR 23 POMPA INFUZYJNA</b> |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
|------------------------------------|----------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|-------|------------------|-----------|-------------------|------------|-------------|
| Lp                                 | Przedmiot zamówienia | Nazwa handlowa/ Producent | Klasa wyrobu medycznego | Jednostka miary | Ilość | Cena jedn. netto | VAT w (%) | Cena jedn. brutto | Cena netto | Cena brutto |
| 1.                                 | Pompa infuzyjna      |                           | wyrób med. klasy .....  | szt.            | 6     |                  |           |                   |            |             |
| <b>PARAMETRY OCENIANE:</b>         |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |
| Czas dostawy ..... dni             |                      |                           |                         |                 |       |                  |           |                   |            |             |

Oświadczam, że:

Akceptuję w całości wszystkie warunki zawarte w SIWZ;

Składam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w SIWZ, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wzorem umowy; cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty;

akceptuję warunki płatności określone przez Zamawiającego w SIWZ przedmiotowego postępowania;  
jestem związany/a niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert;  
przewiduję/nie przewiduję powierzenie podwykonawcom ..... realizacji zamówienia w części .....;  
zapoznałem/am się z postanowieniami umowy, określonymi w SIWZ i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w SIWZ, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;  
że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*  
ofertę niniejszą składamy na \_\_\_\_\_ kolejno ponumerowanych stronach;  
wadium wniosłem/am w następującej formie:

| Nr części | Kwota wadium | Forma wniesienia wadium | Numer rachunku na który należy dokonać zwrotu wadium |
|-----------|--------------|-------------------------|--|
|           |              |                         |  |

..... (miejscowość), dnia ..... r.

<sup>1)</sup> rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).



## SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

## CZĘŚĆ NR 1 MEBLE I WYPOSAŻENIE DODATKOWE (Tabele 1 – 65)

Tabela nr 1

| WÓZEK WIELOFUNKCYJNY ZABIEGOWY ZE STALI KWASOODPORNEJ |  |                         |               |
|---|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:                   |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                           |  |                         |               |
| Lp.   | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1   | Rok produkcji 2020/2021  | tak                     |               |
| 2   | Wózek fabrycznie nowy  | tak                     |               |
| 3   | Długość wózka (mm) 1000 ( +/- 40)  | tak, podać              |               |
| 4   | Szerokość wózka (mm) 430 ( +/- 40)   | tak, podać              |               |
| 5   | Wysokość wózka (mm) 890 (+/- 40)   | tak, podać              |               |
| 6   | Wózek posiada:3 poziomy w tym- 1x blat ze stali kwasoodpornej na pierwszym poziomie, z rantami zapobiegającymi wypadaniu narzędzi i wyjmowaną tacą, 2x kuweta na środkowym poziomie z tworzywa, 2 x kuweta na dolnym poziomie z tworzywa, 1x uchwyt do worka na odpady z pokrywą i podstawą, koszyk druciany na drobne akcesoria z boku wózka oraz min 1 uchwyt do prowadzenia wózka | tak                     |               |
| 7   | Blat ze stali kwasoodpornej w formie wyjmowanej tacy, posiadające ranty ze stali nierdzewnej zabezpieczające przedmioty przed wypadnięciem.  | tak                     |               |
| 8   | Wymiar blatu/tacy: (mm) 690 x 360x 15 mm (+/- 10)  | tak, podać              |               |
| 9   | Wymiar kuwety: (mm) 395 x 325 x 65 mm ( +/- 10)  | tak, podać              |               |
| 10  | Konstrukcja - stelaż ze stali kwasoodpornej  | tak                     |               |
| 11  | Wózek wyposażony w 4 koła, w tym dwa z blokadą   | tak                     |               |
| 12  | W środkowej i dolnej części wózka po dwie tworzywowe kuwety posiadające możliwość ich łatwego demontażu  | tak                     |               |
| 13  | Powierzchnie odporne na środki dezynfekcyjne   | tak                     |               |
| 14  | Pokrywa stelaża na odpady z tworzywa sztucznego  | tak                     |               |
| 15  | Koszyk druciany na drobne akcesoria z boku wózka ze stali kwasoodpornej  | tak                     |               |
| 16  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 2

| TABORETY ZE ZMYWALNĄ DERMĄ W KOLORZE KREMOWYM I METALOWYMI NOGAMI |   |                         |               |
|---|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:                               |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                                       |   |                         |               |
| Lp.   | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1   | Taboret dla personelu medycznego do pomieszczeń szpitalnych   | tak                     |               |
| 2   | Taboret na czterech chromowanych nogach   | tak                     |               |
| 3   | Siedzisko okrągłe, tapicerowane materiałem łatwo zmywalnym, odpornym na środki dezynfekcyjne  | tak                     |               |
| 4   | Taboret stacjonarny o wymiarach:<br>- wysokość całkowita: 460 mm<br>- szerokość siedziska: 360 mm<br>Od powyższych wymiarów dopuszcza się tolerancję w zakresie +/- 30 mm | tak                     |               |
| 5   | Taboret musi mieć możliwość składowania w stosie do 6 sztuk   | tak                     |               |
| 6   | Tkanina tapicerki – do ustalenia min. 14 kolorów do wyboru  | tak                     |               |
| 7   | Wyposażenie w stopki chroniące przed zarysowaniami  | tak                     |               |
| 8   | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak                     |               |

Tabela nr 3

| FOTEL OBROTOWY KOMPUTEROWY          |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Krzesło pracownicze administracyjne z podłokietnikami, na podstawie krzyżakowej, z tapicerowanym siedziskiem i siatkowym oparciem   |                         |               |
| 2                                   | Wymiary:<br>Wysokość całkowita: 970-1110 mm, +/- 50 mm<br>Wysokość siedziska: 450-580 mm, +/- 50 mm<br>Wysokość oparcia: 550 mm, +/- 50 mm<br>Szerokość krzyżaka: 690 mm, +/- 50 mm<br>Szerokość siedziska: 480 mm, +/- 50 mm<br>Szerokość oparcia: 470 mm, +/- 50 mm<br>Szerokość całkowita: 700 mm, +/- 50 mm<br>Głębokość siedziska: 440-500 mm, +/- 50 mm<br>Głębokość całkowita: 660 mm, +/- 50 mm<br>Wysokość podłokietników: 160-240 mm, +/- 50 mm   |                         |               |
| 3                                   | Podstawa pięcioramienna, wykonana ze stopu metali lekkich, polerowana (kolor chrom)   |                         |               |
| 4                                   | Samohamowne miękkie kółka jezdne fi 65 mm do powierzchni twardych   |                         |               |
| 5                                   | Amortyzator gazowy zapewniający płynną regulację wysokości siedziska  |                         |               |
| 6                                   | Nowoczesny mechanizm SYNCHRO umożliwiający synchroniczne odchylanie oparcia i siedziska z regulacją sprężystości odchylania w zależności od ciężaru siedzącego oraz blokady tego ruchu. Mechanizm wyposażony w system ANTI SHOCK zapobiegający uderzeniu oparcia w plecy siedzącego po zwolnieniu blokady mechanizmu  |                         |               |
| 7                                   | Siedzisko wyposażone w mechanizm regulacji głębokości w zakresie 60mm   |                         |               |
| 8                                   | Ergonomicznie wyprofilowane siedzisko krzesła z maskownicą z tworzywa w kolorze czarnym, wyściełane trudnopalną pianką PU wylewaną w formach o gęstości 70 kg/m <sup>3</sup> (+/- 1 kg)   |                         |               |
| 9                                   | Pianki krzesła wykonane w technologii pianek trudnopalnych.   |                         |               |
| 10                                  | Oparcie krzesła wykonane jako rama z tworzywa sztucznego w kolorze czarnym na której rozciągnięta jest transparentna siatka w kolorze grafitowym, zapewniająca maksymalny komfort poprzez możliwość dopasowania do pleców użytkownika, swobodną cyrkulację powietrza, wyraźnie wyprofilowane do naturalnego kształtu kręgosłupa w części podtrzymującej odcinek krzyżowo-lędźwiowy  |                         |               |
| 11                                  | Podłokietniki krzesła czarne, z miękką nakładką wykonaną z PU (poliuretanu), z możliwością regulacji w zakresie wysokości   |                         |               |
| 12                                  | Krzesła tapicerowane materiałem powlekanym zmywalnym z wytłoczoną fakturą zewnętrzną o wyglądzie tkaniny plecionej z nici (nie dopuszcza się materiału powlekanego o wyglądzie skóry) i parametrach nie gorszych niż:<br>• Ścieralność: min. 300 000 cykli<br>• Trudnopalność (BS EN 1021:1, BS EN 1021:2 lub normy równoważne)<br>• Odporność na światło minimum 7<br>• Gramatura: min. 685 g/m <sup>2</sup><br>• Skład: powłoka zewnętrzna 100% winyl, baza 100% poliester<br>• Właściwości zmywalne w tym łagodnymi środkami chemicznymi<br>• Duża odporność na różnice temperatury<br>• Odporność na urynię i krew i pot<br>• Bariera przed drobnoustrojami, przeciwbakteryjna i przeciwgrzybicza |                         |               |
| 13                                  | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak                     |               |

Tabela nr 4

| KRZESŁO DO POCZEKALNI               |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Krzesło stacjonarne na 4 nogach bez podłokietników z plastikowym siedziskiem i oparciem typu Cortina<br><u>Wymagane wymiary:</u><br>•Szerokość siedziska 400 mm<br>•Głębokość siedziska 430 mm<br>•Wysokość siedziska 440 mm<br>•Wysokość oparcia 360 mm<br>•Wysokość całkowita krzesła 800 mm<br>•Szerokość całkowita krzesła 450 mm<br>•Głębokość całkowita krzesła 440 mm<br>Od powyższych wymiarów dopuszcza się tolerancję w zakresie +/- 25 mm | tak                     |               |
| 2                                   | Funkcja sztaplowania min. 4 sztuk  | tak                     |               |
| 3                                   | Twarde siedzisko i oparcie wykonane z tworzywa sztucznego. Do wyboru z min. 5 kolorów, po przetargu.   | tak                     |               |
| 4                                   | Wyposażenie w stopki chroniące przed zarysowaniami   | tak                     |               |
| 5                                   | Pomiędzy oparciem i siedziskiem otwór służący jako uchwyt do łatwego przenoszenia krzesła  | tak                     |               |
| 6                                   | Oparcie w kształcie prostokątnym, siedzisko o kształcie kwadratu, o łagodnie zaokrąglonych krawędziach   | tak                     |               |
| 7                                   | Metalowy i chromowany stelaż   | tak                     |               |
| 8                                   | Krzesło łatwe do utrzymania w czystości, w całości zmywalne, odporne na środki chemiczne i dezynfekcyjne   | tak                     |               |
| 9                                   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 5

| DOZOWNIK DO MYDŁA DEZYNFEKCYJNEGO/ ŚRODKA DEZYNFEKCYJNEGO |  |                         |               |
|---|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:                       |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                               |  |                         |               |
| Lp.   | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1   | Do odkażania i mycia rąk w postaci płynu, żelu lub pianki  | tak                     |               |
| 2   | Dostosowany do wkładów (butelek) 750 ml, działający w systemie zamknięty   | tak                     |               |
| 3   | Wymiana butelki wraz z jednorazową pompką  | tak                     |               |
| 4   | Zasysająca się butelka, minimalizująca niewykorzystane pozostałości produktu   | tak                     |               |
| 5   | Rozmiar -23cm x 14cm x 10cm, (+/- 1 cm)  | tak                     |               |
| 6   | Okienko umożliwiające kontrolę ilości produktu w butelce.  | tak                     |               |
| 7   | Możliwość zamontowania tacki zabezpieczającej przed kapaniem preparatu na podłogę – montaż nie wymagający wiercenia dodatkowych otworów w ścianie czy w dozowniku. | tak                     |               |
| 8   | Dostępny zestaw zamek + klucz, zabezpieczające przed niepowołanym otwarciem dozownika.   | tak                     |               |
| 9   | Regulowana ilość dozowanego preparatu (ilość zależna od formy produktu: pianki i płynne preparaty dezynfekujące – 0,7 i 1 ml, mydło i żele – 1 i 1,5 ml).          | tak                     |               |
| 10  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 6

| LUSTRO                              |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Lustro z fazowanymi brzegami; 60 X 50 cm; mechanizm mocujący do ściany z glazurą – 5 szt.   | tak                     |               |
| 2                                   | Lustro z fazowanymi brzegami; zaokrąglone krawędzie 60 X 45 cm; Naklejane na ścianę /płytkę ceramiczną - 9 szt.   | tak                     |               |
| 3                                   | Lustro szklane prostokątne zaokrąglone u góry do wklejenia; wymiary: wysokość 30 cm, wysokość na najwyższym punkcie zaokrąglenia 40 cm, szerokość 35 cm; lustro fazowane na bokach ok. 2 cm – 22 szt. | tak                     |               |

Tabela nr 7

| STELAŻ PODWÓJNY NA WORKI - ZBIERACZ ODPADÓW |   |                         |               |
|---|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:         |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                 |   |                         |               |
| Lp.   | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1   | Stelaż podwójny na odpady z pokrywą i systemem pedałowym  | tak                     |               |
| 2   | Stabilna konstrukcja ze stali nierdzewnej, całkowicie spawana, bez śrub,                                      | tak                     |               |
| 3   | Łatwa do utrzymania w czystości,  | tak                     |               |
| 4   | Wyposażony w 2 uchwyty do zamocowania worków plastikowych o pojemności 70-120 l                               | tak                     |               |
| 5   | Mocowanie worka na szerokiej gumie na tzw. zakładkę, niedopuszczalne jest stosowanie klipsów przytrzymujących | tak                     |               |
| 6   | Komory z pokrywami z wytrzymałego, odpornego na uderzenia tworzywa, do wyboru min. 8 kolorów pokryw           | tak                     |               |
| 7   | Pokrywy z regulacją kąta otwierania   | tak                     |               |
| 8   | Stelaż wyposażony w dolną półkę zabezpieczającą podłogi przed zabrudzeniem                                    | tak                     |               |
| 9   | Półka z możliwością wyjęcia w celu mycia i dezynfekcji  | tak                     |               |
| 10  | 4 kółka obrotowe o średnicy 75-100 mm   | tak                     |               |
| 11  | Szerokość: 650 mm (+/-10 mm)  | tak                     |               |
| 12  | Głębokość: 490 mm (+/-10 mm)  | tak                     |               |
| 13  | Wysokość: 950 mm (+/-10 mm)   | tak                     |               |
| 14  | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak                     |               |

Tabela nr 8

| KOSZ NA ODPADY DUŻY                 |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Pojemność 20 litrów   | tak                     |               |
| 2                                   | Wewnątrz kosza dwie oddzielne komory  | tak                     |               |
| 3                                   | Otwieranie kosza za pomocą systemu nożnego (pedał)  | tak                     |               |
| 4                                   | Kosz wykonany z wysokiej jakości stali nierdzewnej, wkłady wewnętrzne dwie komory wykonane z tworzywa sztucznego wysokiej jakości | tak                     |               |
| 5                                   | Materiał z którego wykonany jest kosz odporny na środki dezynfekcyjne   | tak                     |               |
| 6                                   | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak                     |               |

Tabela nr 9

| KOSZ NA ODPADY MAŁY                 |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Pojemność 14-15 litrów  | tak                     |               |
| 2                                   | Wewnątrz kosza jedna oddzielna komora   | tak                     |               |
| 3                                   | Otwieranie kosza za pomocą systemu nożnego (pedał)  | tak                     |               |
| 4                                   | Kosz wykonany z wysokiej jakości stali nierdzewnej, wkład wewnętrzny jedna komora wykonana z tworzywa sztucznego wysokiej jakości | tak                     |               |
| 5                                   | Materiał z którego wykonany jest kosz odporny na środki dezynfekcyjne   | tak                     |               |
| 6                                   | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak                     |               |

Tabela nr 10

| WÓZEK DO SPRZĄTANIA DUŻY            |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Wózek serwisowy do sprzątania:<br>- konstrukcja tworzywowo - metalowa<br>- wymiary: szer.-56cm, dług.- 116cm, wys.-97cm;<br>(+/- 50mm)   | tak                     |               |
| 2                                   | Solidna konstrukcja odporna na pęknięcia i korozję   | tak                     |               |
| 3                                   | Metalowa rama wózka zamocowana w sztywną i wytrzymałą platformę  | tak                     |               |
| 4                                   | Wyposażony w:<br>- 1 x wiadro czerwone 17 L (+/- 1 L)<br>- 1 x wiadro niebieskie 17 L(+/- 1 L)<br>- 1 x wyciskarka doczołowa z wkładką<br>- 1 wiaderko czerwone 9 L(+/- 1 L)<br>- 1 wiaderko niebieskie 9 L(+/- 1 L)<br>- podpora mopa i uchwyt na drążek<br>- 1 x uchwyt na worek 120L z 3 szt. klipsów do worka i kraty podpierającej<br>- 4 x koła z plastikowymi ochraniaczami<br>- 2 wieka niebieskie<br>- 4 kije do mopa | tak                     |               |
| 5                                   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 11

| WÓZEK SIEDZĄCY DO TRANSPORTU PACJENTA |  |   |               |
|---------------------------------------|--|---|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:   |  |   |               |
| Producent/kraj pochodzenia:           |  |   |               |
| Lp.                                   | Opis przedmiotu zamówienia             | Wymóg graniczny/Rozmiar   | Potwierdzenie |
| 1                                     | Wysokość siedziska                     | 500 mm ( +/-60mm)   |               |
| 2                                     | Wysokość oparcia                       | 440 mm (+/- 100mm)  |               |
| 3                                     | Wymiary siedziska                      | szer. 460 x gł. 400 mm, (+/- 60mm)                                    |               |
| 4                                     | Wymiary rozłożonego wózka              | dł. 1030 x szer. 640 x wys. 910 mm, (+/- 60mm)                        |               |
| 5                                     | Wymiary złożonego wózka                | dł. 830 x szer. 265 x wys. 870 mm (zdjęte koła i podnóżki) (+/- 60mm) |               |
| 6                                     | Dopuszczalne obciążenie                | 120 kg ( +/- 10 kg)   |               |
| 7                                     | Masa całkowita                         | 18,5 kg ( +/- 3 kg)   |               |
| 8                                     | Oparcie pleców, siedzisko tapicerowany | tak   |               |

|    |  |             |  |
|----|--|-------------|--|
| 9  | Wózek ze składaną, stalową konstrukcją ramy  | tak         |  |
| 10 | Hamulce dla osoby towarzyszącej  | tak         |  |
| 11 | Miękkie podłokietniki z funkcją uchylenia i regulacji  | tak         |  |
| 12 | Wózek fabrycznie nowy  | tak         |  |
| 13 | Gwarancja na wózek   | 12 miesięcy |  |
| 14 | Płyty podnóżka z regulowanym kątem   | tak         |  |
| 15 | Pas zabezpieczający przed zsuwaniem się  | tak         |  |
| 16 | Rama stalowa malowana proszkowo  | tak         |  |
| 17 | Przednie koła skrętne o średnicy 200 mm (+/- 30mm), pełne wykonane z poliuretanu (PU);                             | tak         |  |
| 18 | Koła tylne pompowane (pneumatyczne) o średnicy 600 mm (+/- 50mm) z aluminiowym ciągiem;                            | tak         |  |
| 19 | Pompka do pompowania kół w zestawie;   | tak         |  |
| 20 | Funkcja szybkiego demontażu kół tylnych (szybkozłącze);  | tak         |  |
| 21 | Wyjmowane podnóżki z funkcją uchylenia i regulowaną wysokością;  | tak         |  |
| 22 | Taśma zabezpieczająca na podnóżkach;   | tak         |  |
| 23 | Tapicerka wykonana z materiału w kolorze czarnym z miękką wkładką;   | tak         |  |
| 24 | klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak         |  |
| 25 | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak         |  |

Tabela nr 12

| LODÓWKA MEDYCZNA                    |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Profesjonalna chłodziarka medyczna podblatowa do zabudowy w ciągu szafek  | tak                     |               |
| 2                                   | Wymiary zewnętrzne<br>max (szer. x gł. x wys.): 580x530x810 mm<br>Min (szer. x gł. x wys.): 450x470x570mm   | tak                     |               |
| 3                                   | Drzwi pełne   | tak                     |               |
| 4                                   | Dynamiczny system chłodzenia, automatyczne odszranianie, odladzanie, odparowanie kondensatu   | tak                     |               |
| 5                                   | Zakres temperatury: min. +2 - +8 stopni   | tak                     |               |
| 6                                   | Obudowa wykonana ze stali lakierowanej proszkowo  | tak                     |               |
| 7                                   | Bezspoinowe wnętrze wykonane z tworzywa sztucznego, łatwe do utrzymania w czystości lub stali nierdzewnej   | tak                     |               |
| 8                                   | Sterowanie elektroniczne, oświetlenie wnętrza   | tak                     |               |
| 9                                   | Cyfrowy wskaźnik temperatury powinien być umieszczony na zewnątrz   | tak                     |               |
| 10                                  | Alarm w przypadku awarii: optyczny oraz akustyczny  | tak                     |               |
| 11                                  | Panel kontrolny z ekranem dotykowym   | tak                     |               |
| 12                                  | Ilość półek min 3, w tym co najmniej 2 szuflady z blokadą   | tak                     |               |
| 13                                  | Sygnalizacja otwartych drzwi  | tak                     |               |
| 14                                  | Zintegrowany zamek chroniący przechowywane produkty przed dostępem osób postronnych   | tak                     |               |
| 15                                  | Automatyczny pomiar i zapis temperatury max i min 24 godz na dobę 7 dni w tyg, zebrane i zapisane na karcie SD, z możliwością przekazania informacji do komputera | tak                     |               |
| 16                                  | Drzwi samozamykające się  | tak                     |               |
| 17                                  | Alarm otwartych drzwi   | tak                     |               |
| 18                                  | Alarm zasilania   | tak                     |               |
| 19                                  | Alarm temperatur ( przy zbyt wysokich i zbyt niskich)   | tak                     |               |
| 20                                  | Podtrzymywanie baterijne funkcji alarmowych   | tak                     |               |
| 21                                  | Port USB – zapisywanie rejestru zdarzeń   | tak                     |               |

|     |  |         |  |
|-----|--|---------|--|
|     | Rejestr danych min. 10 000   |         |  |
| 22  | Wskaźnik temperatury w czasie rzeczywistym   | tak     |  |
| 23  | Zintegrowana ochrona przed zamrażaniem   | tak     |  |
| 24  | Chłodzenie obiegowe  | tak     |  |
| 25  | Gwarancja 24 miesiące  | tak     |  |
| 26. | Wbudowany akumulator zapewniający wyświetlanie temperatury wewnątrz lodówki również w przypadku awarii zasilania (przez ok 12 godz.) | tak/nie |  |
| 27  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak     |  |

Tabela nr 13

| LODÓWKA SOCJALNA DO ZABUDOWY        |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Lodówka do zabudowy, podblatowa  | tak                     |               |
| 2                                   | Wysokość 81 cm (+/- 10 mm)<br>Szerokość 58,8 cm(+/- 10 mm)<br>Głębokość 53,5 cm(+/- 10 mm)                   | tak                     |               |
| 3                                   | Pojemność chłodziarki min. 84 l<br>Pojemność zamrażarki min. 14 l  | tak                     |               |
| 4                                   | Klasa efektywności energetycznej A+ (od A+++ do D)   | tak                     |               |
| 5                                   | Uszczelka antybakteryjna<br>Oświetlenie wnętrza Standardowe<br>Półki Szklane / 2<br>Rozmrażanie Automatyczne | tak                     |               |
| 6                                   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 14

| LODÓWKA PODBLATOWA                  |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Lodówka podblatowa o wymiarach:<br>- wysokość: max. 830 mm (- 10 mm),<br>- szerokość: max. 600 mm (- 10 mm),<br>- głębokość: max. 600 mm (- 10 mm) | tak                     |               |
| 2                                   | Pojemność chłodziarki min. 100l  | tak                     |               |
| 3                                   | Pojemność zamrażarki min. 10l  | tak                     |               |
| 4                                   | Rozmrażanie ręczne   | tak                     |               |
| 5                                   | Sterowanie mechaniczne   | tak                     |               |
| 6                                   | Przechowywanie bez zasilania min. 8h   | tak                     |               |
| 7                                   | Lodówka wolnostojąca   | tak                     |               |
| 8                                   | Klasa energetyczna min. A++  | tak                     |               |
| 9                                   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 15

| SOFA DO POKOJU SOCJALNEGO           |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Sofa o wymiarach:<br>Parametry fizyczne:<br>Szer.-120cm, gł.-67cm, wys.-66cm; (+/-30mm)<br>Parametry fizyczne siedziska:<br>Szer.-110cm, gł.-50cm, wys.- 40cm: (+/-30mm) | tak                     |               |
| 2                                   | Podłokietniki o szerokości dopasowanej do ogólnej szerokości   | tak                     |               |
| 3                                   | Sofa nierozkładana, bez funkcji spania   | tak                     |               |

|    |   |     |  |
|----|---|-----|--|
| 4  | Stelaż-drewno, płyta wiórowa, MDF, klejony watą wysoko puszystą oraz pianką poliuretanową | tak |  |
| 5  | Dodatkowa warstwa pianki poliuretanowej na siedzisku lub siedzisko bonellowe              | tak |  |
| 6  | Tapicerka z eko-skóry, skaj, trwała i odporna na czynniki mechaniczne                     | tak |  |
| 7  | Tapicerka łatwa w czyszczeniu, zmywalna, odporna na łagodne środki chemiczne              | tak |  |
| 8  | Mocne, metalowe nogi wysokość 16cm (+/- 30mm)   | tak |  |
| 9  | Kolor tapicerki do ustalenia – min. 7 kolorów do wyboru                                   | tak |  |
| 10 | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak |  |

Tabela nr 16

| SOFA 2 OSOBOWA DO GABINETU LEKARSKIEGO |  |                         |               |
|--|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:    |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:            |  |                         |               |
| Lp.                                    | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                      | Sofa 2 osobowa o wymiarach:<br>Parametry fizyczne:<br>szer.-130cm, gł.-65cm, wys.-65cm; (+/- 30mm)<br>Parametry fizyczne siedziska: szer.-105cm, gł.-46cm, wys.-40cm; (+/- 30mm) | tak                     |               |
| 2                                      | Podłokietniki o szerokości dopasowanej do ogólnej szerokości   | tak                     |               |
| 3                                      | Sofa nierozkładana, bez funkcji spania   | tak                     |               |
| 4                                      | Stelaż- drewno, płyta wiórowa, MDF, klejony watą wysoko puszystą, pianką poliuretanową   | tak                     |               |
| 5                                      | Dodatkowa warstwa pianki poliuretanowej na siedzisku lub siedzisko z wypełnieniem bonellowym   | tak                     |               |
| 6                                      | Tapicerka z eko-skóry, skaj, trwała, odporna na czynniki mechaniczne   | tak                     |               |
| 7                                      | Tapicerka łatwa w czyszczeniu, zmywalna odporna na łagodne środki chemiczne  | tak                     |               |
| 8                                      | Mocne, metalowe nogi wysokość 16cm (+/-30mm)   | tak                     |               |
| 9                                      | Kolor tapicerki do ustalenia – min. 7 kolorów do wyboru  | tak                     |               |
| 10                                     | Gwarancja 24 miesięcy  | tak                     |               |

Tabela nr 17

| SOFA ROZKŁADANA                     |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Wymagane wymiary sofy:<br>- wysokość całkowita: 795 mm,<br>- szerokość całkowita: 1440 mm,<br>- głębokość całkowita: 830 mm,<br>- szerokość siedziska: 1220 mm,<br>- szerokość oparcia: 1220 mm,<br>- głębokość siedziska: 530 mm,<br>- szerokość boków: 120 mm.<br>Od powyższych wymiarów dopuszcza się tolerancję w zakresie +/- 30 mm | tak                     |               |
| 2                                   | Szkielet kanapy, wykonany na bazie sklejki i płyty wiórowej oraz drewnianych listew  | tak                     |               |
| 3                                   | Oparcie posiada ramową drewnianą konstrukcję, na której rozpięte są gumowe pasy tapicerskiej   | tak                     |               |
| 4                                   | Na siedzisku pianka o grubości min. 100 mm   | tak                     |               |
| 5                                   | Oparcie w kształcie klina zwężającego się ku górze   | tak                     |               |
| 6                                   | Siedzisko posiada ramową drewnianą konstrukcję na której rozpięte są gumowe pasy tapicerskie   | tak                     |               |
| 7                                   | Nie dopuszcza się braku sprężyn w siedzisku  | tak                     |               |
| 8                                   | Elementy boczne opadają do przodu  | tak                     |               |



|    |   |     |  |
|----|---|-----|--|
| 9  | Elementy boczne o mniejszej głębokości niż kanapa   | tak |  |
| 10 | Tapicerka elementów bocznych zszywana z kawałków tkaniny z wyraźnie zaznaczonymi krawędziami  | tak |  |
| 11 | Stelaż chromowany o kształcie płyty wykonany z kształtownika o profilu 40x5mm o długości 725 mm i wysokości 125 mm  | tak |  |
| 12 | Płyty montowane do elementów bocznych   | tak |  |
| 13 | Sofa tapicerowana materiałem powlekanym zmywalnym z wytłoczoną fakturą zewnętrzną o wyglądzie tkaniny plecionej z nici (nie dopuszcza się materiału powlekanego o wyglądzie skóry) i parametrach nie gorszych niż: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ścieralność: 300 000 cykli</li> <li>• Trudnopalność (BS EN 1021:1, BS EN 1021:2 lub normy równoważne)</li> <li>• Odporność na światło minimum &gt;7</li> <li>• Gramatura min. 685 g/m<sup>2</sup></li> <li>• Skład: powłoka zewnętrzna 100% winyl, baza 100% poliester</li> <li>• Właściwości zmywalne w tym łagodnymi środkami chemicznymi</li> <li>• Duża odporność na różnice temperatury</li> <li>• Odporność na urynę i krew i pot</li> <li>• Bariera przed drobnoustrojami, przeciwbakteryjna i przeciwgrzybicza</li> </ul> | tak |  |
| 14 | Kolorystyka tapicerki do ustalenia po wyborze oferenta z minimum 10 ciu kolorów   | tak |  |
| 15 | Dla sofy wymagane wyniki badań zgodności z normami PN-EN 1022:2007, PN-EN 1728:2012, EN PN-EN 16139:2013_07 lub równoważnymi w zakresie wymagań wytrzymałościowych i bezpiecznych rozwiązań konstrukcyjnych   | tak |  |
| 16 | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak |  |

Tabela nr 18

| PISTOLET DO PŁUKANIA I SUSZENIA ENDOSKOPÓW TYPU SELECTA |   |                         |               |
|---|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:                     |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                             |   |                         |               |
| Lp.   | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1   | Pistolet przeznaczony do mycia lub osuszania endoskopów i drenów typu SELECTA   | tak                     |               |
| 2   | Pistolet zasilany wodą pitną, demineralizowaną, destylowaną lub sprężonym powietrzem  | tak                     |               |
| 3   | Pistolet podłączany do instalacji zasilającej wodnej lub sprężonego powietrza, za pomocą złączki z nakrętką narzutową, do wylewki baterii zlewozmywakowej lub do przyłączy zakończonych gwintem zewnętrznym 3/8", 1/2", 3/4"  | tak                     |               |
| 4   | Pistolet wyposażony w zestaw wymiennych końcówek- min 8 sztuk do mycia ( strzykawek, igieł ze stożkiem, do pipet, drenów, cienkich rurek, do rur giętkich, ssaków, endoskopów, dysza do splotkiwania narzędzi, do butelek, kolb, wodna pompa eżektorowa do odsysania wody z kolanek i przestrzeni trudno dostępnych | tak                     |               |
| 5   | Wieszak na pistolet do mocowania do ściany ze stali nierdzewnej   | tak                     |               |
| 6   | W obudowie otwór umożliwiający powieszenie na wieszaku przymocowanym do ściany  | tak                     |               |
| 7   | W zestawie wąż elastyczny, spiralny długości min. 1,5m, zakończony szybkozłączem 1/2" z powłoką niklową lub chromowaną  | tak                     |               |
| 8   | W zestawie złączka do wody 1/2"   | tak                     |               |
| 9   | W zestawie listwa mocująca  | tak                     |               |
| 10  | Rękojeść pokryta elastycznym tworzywem  | tak                     |               |
| 11  | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak                     |               |

Tabela nr 19

| WÓZEK TRANSPORTOWY HYDRAULICZNY     |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Wózek transportowy o hydraulicznie regulowanej wysokości leża.   | tak                     |               |
| 2                                   | Konstrukcja wykonana ze stali lakierowanej proszkowo oparta na stabilnej podstawie   | tak                     |               |
| 3                                   | Leże min. 2 sekcyjne, tapicerowane wysokiej jakości materiałem łatwo zmywalnym, antybakteryjnym o właściwościach trudnopalnych.                              | tak                     |               |
| 4                                   | Konstrukcja oparta na ramie w kształcie podwójnej litery T, o profilu prostokątnym w kolorze białym.   | tak                     |               |
| 5                                   | Sekcja głowy o profilu kwadratowym o wymiarach 630 x 630 (+/- 10 mm) mm.   | tak, podać              |               |
| 6                                   | Druga sekcja o szerokości 630 i długości 1220 (+/- 10 mm) mm.  | tak, podać              |               |
| 7                                   | Wózek wyposażony w koła o średnicy min. 100 mm – każde z indywidualnym hamulcem.   | tak                     |               |
| 8                                   | Wolna przestrzeń pomiędzy podłożem a konstrukcją typu podwójnego T umożliwiającą łatwy podjazd podnośnikiem dla pacjenta.                                    | tak                     |               |
| 9                                   | Regulacja wysokości: 460 - 910 mm $\pm$ 50 mm zapewniające łatwe przełożenie pacjenta z wózka inwalidzkiego.   | tak, podać              |               |
| 10                                  | Regulacja sekcji pleców w stosunku do poziomu: min. -20°/ +85°   | tak, podać              |               |
| 11                                  | Wózek tapicerowany bezszwowo wysokiej jakości materiałem łatwo zmywalnym, antybakteryjnym o właściwościach trudnopalnych.                                    | tak                     |               |
| 12                                  | Powierzchnie wózka odporne na środki dezynfekcyjne oraz promieniowanie UV  | tak                     |               |
| 13                                  | Wózek wyposażony w chromowane odchylane poniżej poziomu leża barierki.   | tak                     |               |
| 14                                  | Nośność min. 225 kg  | tak, podać              |               |
| 15                                  | Wyposażenie wózka:<br>- uchwyt na jednorazowe prześcieradło<br>- wyciągnik kroplówki<br>- pokrowiec/nakładka na sekcję nóg, zabezpieczająca przed brudzeniem | tak, podać              |               |
| 16                                  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak, podać              |               |
| 18                                  | Wyrób seryjny, nie modyfikowany na potrzeby przetargu.   | tak                     |               |
| 19                                  | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty.                                     | tak                     |               |
| 20                                  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 20

| WÓZEK TRANSPORTOWY 2-SEKCYJNY HYDRAULICZNY |  |                         |               |
|--|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:        |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                |  |                         |               |
| Lp.  | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1  | Konstrukcja wózka wykonana ze stali pokrytej lakierem odpornym na uszkodzenia mechaniczne i chemiczne, w kolorze białym. | tak                     |               |
| 2  | Długość wózka 2040 mm (+/- 20 mm)  | tak, podać              |               |
| 3  | Szerokość wózka 780 mm (+/- 20 mm)   | tak, podać              |               |
| 4  | Leże wózka 2-segmentowe o wymiarach 1950 mm (+/- 20 mm) x 650 mm (+/- 20 mm)   | tak, podać              |               |
| 5  | Leże wypełnione płytą tworzywową przezierną dla promieni RTG na całej długości leża                                      | tak                     |               |
| 6  | Sekcja pleców regulowana sprężyną gazową w zakresie minimum 0-70°  | tak, podać              |               |
| 7  | Wózek umożliwiający uzyskanie pozycji Trendelburga i Anty-Trendelburga w zakresie min. - 12/+ 9 stopni.                  | tak, podać              |               |
| 8  | Zakres regulacji wysokości: 500-900 mm (+/- 20 mm)   | tak, podać              |               |
| 9  | Dźwignia regulacji wysokości umieszczona po obu stronach wózka   | tak                     |               |

|    |   |            |  |
|----|---|------------|--|
| 10 | Cztery koła jezdne o średnicy 150 mm z centralnym hamulcem  | tak        |  |
| 11 | Barierki boczne lakierowane proszkowo, składane, o długości ¾ leża  | tak        |  |
| 12 | Dopuszczalne obciążenie wózka min. 180 kg   | tak, podać |  |
| 13 | Elastyczne odbojniki w 4 narożnikach  | tak        |  |
| 14 | Podstawa wózka z tworzywowa, łatwa do utrzymania w czystości.   | tak        |  |
| 15 | Wózek wyposażony w cztery gniazda na statyw do kroplówek w rogach leża  | tak        |  |
| 16 | Zdejmowany materac o grubości min. 5 cm w pokrowcu oddychającym, antystatycznym, zmywalnym, w kolorze wybranym z 10 dostępnych kolorów. | tak, podać |  |
| 17 | Wyposażenie:<br>- stojak na kroplówkę<br>- uchwyt na worek z płynami ustrojowymi<br>- uchwyt na jednorazowe prześcieradło               | tak, podać |  |
| 18 | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak, podać |  |
| 19 | Wyrób seryjny, nie modyfikowany na potrzeby przetargu.  | tak        |  |
| 20 | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty.                | tak        |  |
| 21 | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak        |  |

Tabela nr 21

| WÓZEK TRANSPORTOWY 3-SEKCYJNY HYDRAULICZNY |   |                         |               |
|--|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:        |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                |   |                         |               |
| Lp.  | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1  | Konstrukcja wózka wykonana ze stali pokrytej lakierem odpornym na uszkodzenia mechaniczne i chemiczne, w kolorze białym.                | tak                     |               |
| 2  | Długość wózka 2040 mm (+/- 20 mm)   | tak, podać              |               |
| 3  | Szerokość wózka 780 mm (+/- 20 mm)  | tak, podać              |               |
| 4  | Leże wózka 3-segmentowe o wymiarach 1950 mm (+/- 20 mm) x 650 mm (+/- 20 mm)  | tak, podać              |               |
| 5  | Leże wypełnione płytą tworzywową przezierną dla promieni RTG na całej długości leża   | tak                     |               |
| 6  | Sekcja pleców regulowana sprężyną gazową w zakresie minimum 0-70°   | tak, podać              |               |
| 7  | Wózek umożliwiają uzyskanie pozycji Trendelenburga i Anty-Trendelenburga w zakresie min. - 12/+ 9 stopni.                               | tak, podać              |               |
| 8  | Zakres regulacji wysokości: 500-900 mm (+/- 20 mm)  | tak, podać              |               |
| 9  | Dźwignia regulacji wysokości umieszczona po obu stronach wózka  | tak                     |               |
| 10   | Cztery koła jezdne o średnicy 150 mm z centralnym hamulcem  | tak                     |               |
| 11   | Barierki boczne lakierowane proszkowo, składane, o długości ¾ leża  | tak                     |               |
| 12   | Dopuszczalne obciążenie wózka min. 180 kg   | tak, podać              |               |
| 13   | Elastyczne odbojniki w 4 narożnikach  | tak                     |               |
| 14   | Podstawa wózka z tworzywowa, łatwa do utrzymania w czystości.   | tak                     |               |
| 15   | Wózek wyposażony w cztery gniazda na statyw do kroplówek w rogach leża  | tak                     |               |
| 16   | Zdejmowany materac o grubości min. 5 cm w pokrowcu oddychającym, antystatycznym, zmywalnym, w kolorze wybranym z 10 dostępnych kolorów. | tak, podać              |               |
| 17   | Wyposażenie:<br>- stojak na kroplówkę<br>- uchwyt na worek z płynami ustrojowymi<br>- uchwyt na jednorazowe prześcieradło               | tak, podać              |               |
| 18   | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak, podać              |               |
| 19   | Wyrób seryjny, nie modyfikowany na potrzeby przetargu.  | tak                     |               |
| 20   | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty.                | tak                     |               |

Tabela nr 22

| KRZESŁO ZMYWALNE DO KORYTARZA       |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Krzesło stacjonarne na 4 nogach bez podłokietników z kubełkowym, plastikowym siedziskiem<br><u>Wymagane wymiary:</u><br>•Szerokość siedziska 445 mm<br>•Głębokość siedziska 425 mm<br>•Wysokość siedziska 450 mm<br>•Wysokość oparcia 350 mm<br>•Wysokość całkowita krzesła 800 mm<br>•Szerokość całkowita krzesła 540 mm<br>•Głębokość całkowita krzesła 525 mm<br>Od powyższych wymiarów dopuszcza się tolerancję w zakresie +/- 20 mm | tak                     |               |
| 2                                   | Funkcja sztaplowania min. 8 sztuk  | tak                     |               |
| 3                                   | Kubełkowe jednoelementowe siedzisko z oparciem wykonane z polipropylenu. Do wyboru z min. 5 kolorów  | tak                     |               |
| 4                                   | Kubełek elastyczny, oparcie ugina się pod naciskiem pleców   | tak                     |               |
| 5                                   | Pomiędzy oparciem i siedziskiem otwór o kształcie owalnym o wymiarach 120 mm x 30 mm służący jako uchwyt do łatwego przenoszenia krzesła   | tak                     |               |
| 6                                   | Oparcie i siedzisko o kształcie owalnym, wyoblone w dwóch płaszczyznach  | tak                     |               |
| 7                                   | Plastik na oparciu i siedzisku z wyraźnie wyodrębnioną osobną powierzchnią oparcia i siedziska   | tak                     |               |
| 8                                   | Powierzchnia kubełka w całości posiada chropowatą strukturę  | tak                     |               |
| 9                                   | Stelaż wykonany ze stalowej chromowanej rury o średnicy min. 19 mm   | tak                     |               |
| 10                                  | Stelaż o kształcie odwróconej litery V   | tak                     |               |
| 11                                  | Stelaż zakończony plastikowymi stopkami o kształcie kopytka  | tak                     |               |
| 12                                  | Stopki przedłużone do wewnątrz krzesła posiadają łukowy kształt odpowiadający średnicy rury stelaża. Ten kształt powinien ułatwiać sztaplowanie i dystansować stelaże podczas układania na sobie kolejnych krzesel   | tak                     |               |
| 13                                  | Stelaż powinien być mocowany wyłącznie pod siedziskiem   | tak                     |               |
| 14                                  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 23

| KRZESŁO Z PODŁOKIETNIKIEM DO KARMIENTA |   |                         |               |
|--|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:    |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:            |   |                         |               |
| Lp.                                    | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                      | Fotel wypoczynkowy bujany z wysokim oparciem, o wymiarach:<br>- wysokość całkowita: 965 mm,<br>- głębokość całkowita: 995 mm,<br>- szerokość całkowita: 660 mm,<br>- wysokość siedziska: 340 mm,<br>- głębokość siedziska: 550 mm,<br>- szerokość siedziska: 510 mm,<br>- wysokość oparcia: 765 mm,<br>- szerokość oparcia: 430 mm,<br>- szerokość pomiędzy podłokietnikami: 660 mm<br>Od powyższych wymiarów dopuszcza się tolerancję w zakresie +/- 30 mm | tak                     |               |
| 2                                      | Oparcie i siedzisko fotela powinny stanowić jeden monolityczny kubełkowy element o obłym kształcie  | tak                     |               |
| 3                                      | Oparcie i siedzisko tapicerowana w całości tkaniną. Nie dopuszcza się plastikowych maskownic  | tak                     |               |

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
| 4  | Siedzisko i oparcie wykonane na bazie metalowego szkieletu i wtryskowej pianki   | tak |  |
| 5  | Siedzisko powinno posiadać dodatkową poduchę wykonaną z wtryskowej pianki tapicerowaną tkaniną, od spodu zamykaną na zamek błyskawiczny  | tak |  |
| 6  | Poducha siedziska powinna być mocowana do wnętrza fotela na rzepy  | tak |  |
| 7  | Tapicerka oparcia powinna być zszywana z elementów, tak aby unikać marszczenia ze względu na obłe kształty   | tak |  |
| 8  | Oparcie w górnej części na wysokości głowy podwyższone o kształcie półksiężyca, który stanowi znacznie grubszy element niż pozostała część oparcia   | tak |  |
| 9  | Linie szycia podkreślone są grubszą nicią (stebnówka)  | tak |  |
| 10 | Z tyłu oparcia na linii tylnych nóg w pionie tapicerka łączona za pomocą zamka błyskawicznego  | tak |  |
| 11 | Fotel tapicerowany materiałem powlekanym zmywalnym z wytłoczoną fakturą zewnętrzną o wyglądzie tkaniny plecionej z nici (nie dopuszcza się materiału powlekanego o wyglądzie skóry) i parametrach nie gorszych niż: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ścieralność: min. 300 000 cykli</li> <li>• Trudnopalność (BS EN 1021:1, BS EN 1021:2 lub normy równoważne)</li> <li>• Odporność na światło minimum &gt;7</li> <li>• Gramatura: min. 685 g/m<sup>2</sup></li> <li>• Skład: powłoka zewnętrzna 100% winyl, baza 100% poliester</li> <li>• Właściwości zmywalne w tym łagodnymi środkami chemicznymi</li> <li>• Duża odporność na różnice temperatury</li> <li>• Odporność na urynę i krew i pot</li> <li>• Bariera przed drobnoustrojami, przeciwbakteryjna i przeciwgrzybicza</li> </ul> | tak |  |
| 12 | Stelaż fotela stanowią dwie równoległe łukowe płozy wykonane z litego drewna jesionowego osadzone na prętowych ugiętych symetrycznie wspornikach mocowanych śrubami pod spodem siedziska   | tak |  |
| 13 | Pręty stelaża lakierowane proszkowo  | tak |  |
| 14 | Płozy wykończone od spodu filcem   | tak |  |
| 15 | Wymaga się aby fotel spełniał wyniki badań zgodności z normami EN 16139:2013_07, PN EN 1728:2012, PN EN 1022:2007 lub równoważnymi w zakresie wymagań wytrzymałościowych i bezpiecznych rozwiązań.   | tak |  |
| 16 | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak |  |

Tabela nr 24

| ŁAWKA Z 4 SIEDZENIAMI               |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Liczba miejsc do siedzenia - 4   | tak                     |               |
| 2                                   | Całkowite wymiary szer x głęb x wys (mm) 2130 x 500 x 800. Od powyższych wymiarów dopuszcza się tolerancję +/- 40 mm | tak                     |               |
| 3                                   | Wysokość siedziska od ziemi 420 mm (+/- 10)  | tak                     |               |
| 4                                   | Siedzisko wraz z oparciem powinno stanowić dwa odrębne elementy  | tak                     |               |
| 5                                   | Między oparciem a siedziskiem powinna znajdować się szczelina  | tak                     |               |
| 6                                   | Siedzisko powinno posiadać metalowe okucia do mocowania ze stelażem  | tak                     |               |
| 7                                   | Kolor ławki z siedziskami do wyboru przez zamawiającego z pomiędzy min. 5 kolorów                                    | tak                     |               |
| 8                                   | Nogi wykończone szarą farbą proszkową  | tak                     |               |
| 9                                   | Nośność co najmniej 100 kg / osobę   | tak                     |               |
| 10                                  | Siedzisko i oparcie wykonane z wysokiej jakości plastiku   | tak                     |               |

|    |   |     |  |
|----|---|-----|--|
| 11 | Plastikowe końcówki z elastycznego plastiku                   | tak |  |
| 12 | Ławka łatwa do czyszczenia                                    | tak |  |
| 13 | Dostarczane rozmontowane z zestawem do montażu i instrukcją . | tak |  |
| 14 | Gwarancja min. 24 miesiące                                    | tak |  |

Tabela nr 25

| SZAFKA PRZYŁÓŻKOWA                  |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Korpus szafki wykonany z profili aluminiowych. Ramki szuflad oraz boki korpusu wykonane z aluminium lub ocynkowanej stali lakierowanej proszkowo. Błaty szafki oraz czoła szuflad wykonane z wodoodpornego tworzywa HPL dostosowany do wkładek kolorystycznych w szczytach łóżka.   | tak                     |               |
| 2                                   | Szafka składająca się z dwóch szuflad, pomiędzy szufladami półka na prasę. Szuflady wyposażone w prowadnice rolkowe umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie.  | tak                     |               |
| 3                                   | Półka na prasę pomiędzy szufladami o wysokości min 150 mm   | tak                     |               |
| 4                                   | Szuflada górna wyposażona w tworzywowy (ABS) wkład ułatwiający mycie i dezynfekcję z podziałem na min. 2 części. Szuflada wysuwana spod górnego blatu szafki na prowadnicach rolkowych. Wysokość szuflady min. 110 mm   | tak                     |               |
| 5                                   | Szuflada dolna wyposażona w tworzywowy (ABS) wkład łatwy do mycia i dezynfekcji dzielący wnętrze szuflady na min. 2 części. Jedna z części ma pełnić funkcję uchwytu na 2 butelki o pojemności do 1,5 l. Wysokość szuflady min. 370 mm.   | tak                     |               |
| 6                                   | Szafka wyposażona w możliwość montażu i demontażu odejmowanego blatu bocznego (możliwość montażu z prawej lub lewej strony bez użycia narzędzi). Błat boczny - wykonany z płyty HPL, dostosowany do wkładki kolorystycznej w szczytach łóżka. Możliwość odczepiania blatu bocznego od ściany szafki. Regulacja wysokości blatu bocznego realizowana za pomocą sprężyny gazowej umieszczonej w aluminiowej kolumnie. | tak                     |               |
| 7                                   | Błat boczny z możliwością regulacji wysokości i kąta pochylenia, składany do boku szafki. Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości blatu bocznego wspomagana sprężyną gazową.   | tak                     |               |
| 8                                   | Błat główny szafki wykonany z wodoodpornego tworzywa HPL wyposażony w 2 nierdzewne relingi.   | tak                     |               |
| 9                                   | Wymiary zewnętrzne:<br>wysokość - 880 mm (+/- 30 mm)<br>szerokość - 600 mm (+/- 30 mm)<br>głębokość - 450 mm (+/- 30 mm)<br>długość przy rozłożonym blacie bocznym. max. 1200 mm<br>Regulacja wysokości blatu bocznego 750-1100mm (+/-30mm)<br>Wymiar blatu bocznego 550 x 350 mm (+/- 30 mm)   | tak                     |               |
| 10                                  | Czoła szuflad zaopatrzone w uchwyty ze stali nierdzewnej lub chromowane.  | tak                     |               |
| 11                                  | Tylna część blatu szafki wyposażona w reling ze stali nierdzewnej umożliwiający zawieszenie haczyków na ręczniki wraz z 2 haczykami.  | tak                     |               |
| 12                                  | Podwójne koła jezdne w tym 2 z blokadą, o śr. min 50 mm z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem – 4 pod korpusem szafki a dodatkowe piąte koło umieszczone pod podporą blatu bocznego   | tak                     |               |
| 13                                  | Czoła szuflad – możliwość wyboru koloru dopasowanego do koloru szczytów łóżka.  | tak                     |               |
| 14                                  | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty.  | tak                     |               |
| 16                                  | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak                     |               |

Tabela nr 26

| STOJAK NA ODPADKI Z MISA            |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Stojak z misą przeznaczony na odpadki, do użytku na salach zabiegowych i operacyjnych                                    | tak                     |               |
| 2                                   | Konstrukcja wykonana ze stali nierdzewnej  | tak                     |               |
| 3                                   | Stabilna pięcioramienna podstawa z kołami  | tak                     |               |
| 4                                   | Koła o średnicy min. 50 mm w tym co najmniej 2 z blokadą   | tak                     |               |
| 5                                   | Zdejmowana misa o pojemności min. 5l   | tak                     |               |
| 6                                   | Wymiary (szer/głęb/wys): 550 x 550 x 900 mm (+/-20 mm)   | tak                     |               |
| 7                                   | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak                     |               |
| 8                                   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 27

| WIESZAK KROPLÓWKOWY MOBILNY         |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Wieszak kroplówkowy przejezdny 4 ro hakowy- wysięgnik do zawieszania pojemników z płynami, które dożylnie dostarczane są do organizmu pacjenta | tak                     |               |
| 2                                   | Konstrukcja wieszaka wykonana ze stali nierdzewnej   | tak                     |               |
| 3                                   | Regulacja wysokości wysięgnika i blokowanie automatyczne   | tak                     |               |
| 4                                   | Minimalna wysokość wysięgnika kroplówki 1300 (± 50 mm)   | tak                     |               |
| 5                                   | Maksymalna wysokość wysięgnika kroplówki 2000 mm (± 50 mm)   | tak                     |               |
| 6                                   | Pięcioramienna podstawa o średnicy 550 mm posiadająca koła jezdne  | tak                     |               |
| 7                                   | Koła o średnicy min 50 mm, z których co najmniej 2 posiadają blokadę   | tak                     |               |
| 8                                   | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty.                       | tak                     |               |
| 9                                   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 28

| WÓZEK NA BRUDNĄ BIELIZNĘ Z POKRYWĄ  |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Pojedynczy wózek na brudną bieliznę z pokrywą   | tak                     |               |
| 2                                   | Stabilna konstrukcja wózka wykonana ze stali nierdzewnej, całkowicie spawana, bez śrub, łatwa do utrzymania w czystości                                 | tak                     |               |
| 3                                   | Stelaż umożliwiający montaż worków plastikowych o pojemności 70-120l.   | tak                     |               |
| 4                                   | Mocowanie worka na szerokiej gumie na tzw. zakładkę   | tak                     |               |
| 5                                   | Pokrywa wykonana z wytrzymałego, odpornego na uderzenia tworzywa. Możliwość wyboru koloru tworzywa- min 8 kolorów do wyboru,                            | tak                     |               |
| 6                                   | Pokrywa otwierana za pomocą dźwigni nożnej, pokrywa posiadająca regulację kąta otwierania   | tak                     |               |
| 7                                   | Wózek posiadający mechanizm spowalniający opadanie pokrywy. Pokrywa opada bardzo wolno redukując hałas w kontakcie z obręczą                            | tak                     |               |
| 8                                   | Dno stelaża z rurkami, z dodatkową płytą z tworzywa ABS, zabezpieczającą podłogi przed zabrudzeniem, płyta z możliwością wyjęcia do mycia i dezynfekcji | tak                     |               |
| 9                                   | Mechanizm pedału skonstruowany tak, że jego przyciśnięcie hamuje stelaż   | tak                     |               |

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
| 10 | 4 kółka obrotowe o średnicy 75-100 mm z szarym, termoplastycznym ogumieniem, niebrudzące | tak |  |
| 11 | Wymiary gabarytowe (szer./gł./wys.): 400 x 480 x 950 mm (+/-30 mm)                       | tak |  |
| 12 | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak |  |

Tabela nr 29

| WÓZEK NA BRUDNĄ BIELIZNĘ            |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Stelaż podwójny na brudną bieliznę   | tak                     |               |
| 2                                   | Konstrukcja z rurki ze stali nierdzewnej o średnicy min. 20 mm, całkowicie spawanej, bez śrub i połączeń, gdzie może gromadzić się brud  | tak                     |               |
| 3                                   | Stelaż wyposażony w 2 uchwyty- kołnierze gumowe zawijane na zakładkę do zamocowania worków foliowych lub materiałowych o pojemności 70-120 l, niedopuszczalne jest stosowanie klipsów przytrzymujących | tak                     |               |
| 4                                   | Stelaż z pokrywami z tworzywa ABS w kolorze do wyboru przez Zamawiającego (min. 8 kolorów)   | tak                     |               |
| 5                                   | Pokrywy podnoszone pedałow, z możliwością regulacji stopnia otwarcia pokryw  | tak                     |               |
| 6                                   | Mechanizm spowalniający opadanie pokryw  | tak                     |               |
| 7                                   | Mechanizm pedału skonstruowany tak, że jego przyciśnięcie hamuje stelaż  | tak                     |               |
| 8                                   | Dno stelaża z rurkami, z dodatkową płytą z tworzywa ABS, zabezpieczającą podłogi przed zabrudzeniem, płyta z możliwością wyjęcia do mycia i dezynfekcji  | tak                     |               |
| 9                                   | 4 kółka obrotowe o średnicy 75-100 mm, z szarym, termoplastycznym ogumieniem, niebrudzące  | tak                     |               |
| 10                                  | Wymiar: 670 x 495 x 950 mm (szer. x gł. x wys.), +/- 5 mm  | tak                     |               |
| 11                                  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 30

| WÓZEK NA ODPADY (I)                 |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Stelaż podwójny na brudną bieliznę   | tak                     |               |
| 2                                   | Konstrukcja z rurki ze stali nierdzewnej o średnicy min. 20 mm, całkowicie spawanej, bez śrub i połączeń, gdzie może gromadzić się brud  | tak                     |               |
| 3                                   | Stelaż wyposażony w 2 uchwyty- kołnierze gumowe zawijane na zakładkę do zamocowania worków foliowych lub materiałowych o pojemności 70-120 l, niedopuszczalne jest stosowanie klipsów przytrzymujących | tak                     |               |
| 4                                   | Stelaż z pokrywami z tworzywa ABS w kolorze do wyboru przez Zamawiającego (min. 8 kolorów)   | tak                     |               |
| 5                                   | Pokrywy podnoszone pedałow, z możliwością regulacji stopnia otwarcia pokryw  | tak                     |               |
| 6                                   | Mechanizm spowalniający opadanie pokryw  | tak                     |               |
| 7                                   | Mechanizm pedału skonstruowany tak, że jego przyciśnięcie hamuje stelaż  | tak                     |               |
| 8                                   | Dno stelaża z rurkami, z dodatkową płytą z tworzywa ABS, zabezpieczającą podłogi przed zabrudzeniem, płyta z możliwością wyjęcia do mycia i dezynfekcji  | tak                     |               |
| 9                                   | 4 kółka obrotowe o średnicy 75-100 mm, z szarym, termoplastycznym ogumieniem, niebrudzące  | tak                     |               |
| 10                                  | Wymiar: 670 x 495 x 950 mm (szer. x gł. x wys.), +/- 5 mm  | tak                     |               |
| 11                                  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |



Tabela nr 31

| WÓZEK NA BRUDNĄ BIELIZNĘ I BUTY     |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Pojedynczy wózek na brudną bieliznę z pokrywą   | tak                     |               |
| 2                                   | Stabilna konstrukcja wózka wykonana ze stali nierdzewnej, całkowicie spawana, bez śrub, łatwa do utrzymania w czystości                                 | tak                     |               |
| 3                                   | Stelaż umożliwiający montaż worków plastikowych o pojemności 70-120l.   | tak                     |               |
| 4                                   | Mocowanie worka na szerokiej gumie na tzw. zakładkę   | tak                     |               |
| 5                                   | Pokrywa wykonana z wytrzymałego, odpornego na uderzenia tworzywa. Możliwość wyboru koloru tworzywa- min 8 kolorów do wyboru,                            | tak                     |               |
| 6                                   | Pokrywa otwierana za pomocą dźwigni nożnej, pokrywa posiadająca regulację kąta otwierania   | tak                     |               |
| 7                                   | Wózek posiadający mechanizm spowalniający opadanie pokrywy. Pokrywa opada bardzo wolno redukując hałas w kontakcie z obręczą                            | tak                     |               |
| 8                                   | Dno stelaża z rurkami, z dodatkową płytą z tworzywa ABS, zabezpieczającą podłogi przed zabrudzeniem, płyta z możliwością wyjęcia do mycia i dezynfekcji | tak                     |               |
| 9                                   | Mechanizm pedału skonstruowany tak, że jego przyciśnięcie hamuje stelaż   | tak                     |               |
| 10                                  | 4 kółka obrotowe o średnicy 75-100 mm z szarym, termoplastycznym ogumieniem, niebrudzące  | tak                     |               |
| 11                                  | Wymiary gabarytowe (szer./gł./wys.): 400 x 480 x 950 mm (+/-30 mm)  | tak                     |               |
| 12                                  | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak                     |               |

Tabela nr 32

| WÓZEK NA ODPADY (II)                |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Stelaż podwójny na brudną bieliznę   | tak                     |               |
| 2                                   | Konstrukcja z rurki ze stali nierdzewnej o średnicy min. 20 mm, całkowicie spawanej, bez śrub i połączeń, gdzie może gromadzić się brud  | tak                     |               |
| 3                                   | Stelaż wyposażony w 2 uchwyty- kołnierze gumowe zawijane na zakładkę do zamocowania worków foliowych lub materiałowych o pojemności 70-120 l, niedopuszczalne jest stosowanie klipsów przytrzymujących | tak                     |               |
| 4                                   | Stelaż z pokrywami z tworzywa ABS w kolorze do wyboru przez Zamawiającego (min. 8 kolorów)   | tak                     |               |
| 5                                   | Pokrywy podnoszone pedałowo, z możliwością regulacji stopnia otwarcia pokryw   | tak                     |               |
| 6                                   | Mechanizm spowalniający opadanie pokryw  | tak                     |               |
| 7                                   | Mechanizm pedału skonstruowany tak, że jego przyciśnięcie hamuje stelaż  | tak                     |               |
| 8                                   | Dno stelaża z rurkami, z dodatkową płytą z tworzywa ABS, zabezpieczającą podłogi przed zabrudzeniem, płyta z możliwością wyjęcia do mycia i dezynfekcji  | tak                     |               |
| 9                                   | 4 kółka obrotowe o średnicy 75-100 mm, z szarym, termoplastycznym ogumieniem, niebrudzące  | tak                     |               |
| 10                                  | Wymiar: 670 x 495 x 950 mm (szer. x gł. x wys.), +/- 5 mm  | tak                     |               |

Tabela nr 33

| WÓZEK RATOWNICZY                    |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Wózek ratowniczy  | tak                     |               |
| 2                                   | Wykonany z tworzywa sztucznego, profili aluminiowych i metalowych   | tak                     |               |
| 3                                   | Główna konstrukcja nośna składająca się z 4 profili aluminiowych w narożach wózka. Profile zaokrąglone. Wymiar profilu min. 50x50mm   | tak                     |               |
| 4                                   | Boczne słupki konstrukcyjne z rowkiem w którym można mocować wyposażenie dodatkowe na całej długości.   | tak                     |               |
| 5                                   | Górny i dolny blat wózka wykonany z tworzywa sztucznego odpornego na uderzenia  | tak                     |               |
| 6                                   | Podstawa tworzywowa spełniająca również rolę odbojów chroniących wózek przed uszkodzeniem, wyposażona w 4 koła jezdne o średnicy min 125 mm z których przynajmniej jedno jest blokowane. Koła w osłonach tworzywowych posiadające miękkie opony, niebrudzące podłoża. | tak                     |               |
| 7                                   | Tylne i boczne panele z tworzywa z możliwością wyboru koloru z min. 7 kolorów   | tak                     |               |
| 8                                   | Korpus wózka posiadający systemowe prowadnice tworzywowe z funkcją wysuwania i wyjmowania szuflad czy tac. Prowadnice umożliwiające wysuwanie szuflad, ich wyciąganie bez użycia narzędzi i posiadające blokadę wysuwu końcowego.                                     | tak                     |               |
| 9                                   | Prowadnice systemowe suwne, stanowiące całość z panelem, odlane z jednego kawałka tworzywa. Nie dopuszcza się prowadnic dokręcanych każdej z osobna do boku wózka.  | tak                     |               |
| 10                                  | Możliwość swobodnej wymiany przez Użytkownika kolejności szuflad czy tac, także możliwość rozbudowy w przyszłości wózka o inne moduły w celu jego rozbudowy, doposażenia czy zmiany przeznaczenia wózka.  | tak                     |               |
| 11                                  | Konstrukcja wózka umożliwiająca mycie wózka z wykorzystaniem wysokociśnieniowych urządzeń myjących. Podstawa wózka z otworem ułatwiającymi suszenie i odpływ wody   | tak                     |               |
| 12                                  | Górny blat wózka z podniesioną krawędzią z min. 3 stron, h min. 1cm, zabezpieczającą przedmioty przed zsunieniem, frontowa krawędź również minimalnie podniesiona h max 0,5cm   | tak                     |               |
| 13                                  | Górny blat formowany z jednego kawałka tworzywa   | tak                     |               |
| 14                                  | Wózek posiada min. 9 prowadnic  | tak                     |               |
| 15                                  | Wyposażenie systemowe może zajmować 1 lub więcej prowadnic  | tak                     |               |
| 16                                  | Wysokość całkowita nie większa niż 1020mm   | tak                     |               |
| 17                                  | Szerokość całkowita z uchwytem nie większa niż 840mm  | tak                     |               |
| 18                                  | Głębokość całkowita nie większa niż 550mm   | tak                     |               |
| 19                                  | Na jednym z boków wózka zamocowany metalowy uchwyt do przetaczania wózka  | tak                     |               |
| 20                                  | Metalowa szyna na inne akcesoria pod uchwytem x 1 szt, na drugim boku x 1szt  | tak                     |               |
| 21                                  | Szuflady wózka o następujących wymiarach:<br>1 x 600x400x60mm +/- 5mm<br>3 x 600x400x140mm +/- 5mm<br>1 x 600x400x220mm +/- 5mm   | tak                     |               |
| 22                                  | Szuflady całkowicie szczelne, formowane z jednego kawałka tworzywa, łatwe do dezynfekcji, front z profilowanym uchwytem. Nie dopuszcza się szuflad składanych z kilku elementów skręcanych lub klejonych. Na czole dodatkowa ramka opisowa                            | tak                     |               |
| 23                                  | Szuflady z możliwością swobodnej zmiany ich kolejności  | tak                     |               |
| 24                                  | Zamek centralny wszystkich szuflad, zamek bez kluczyka. Pokrętko zamka przystosowane do zakładania plomby która jest zrywana w momencie otwierania wózka.   | tak                     |               |
| 25                                  | Zestaw przegródek do szuflad: 1x do małej, przegrody tworzywowe z możliwością zmiany ich konfiguracji   | tak                     |               |
| 26                                  | Na tylnej ścianie wózka zamocowana tworzywowa deska   | tak                     |               |

|                            |  |     |  |
|----------------------------|--|-----|--|
|                            | reanimacyjna. Deska wyjmowana w łatwy i szybki sposób z uchwytów.  |     |  |
| 27                         | Dodatkowe akcesoria:<br>- uchwyt butlę z gazem<br>- wieszak kroplówki z regulacją wysokości<br>- półka na defibrylator obrotowa o 360st. W zestawie rzepy do mocowania urządzenia. | tak |  |
| <b>Pozostałe wymagania</b> |  |     |  |
| 28                         | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty.   | tak |  |
| 29                         | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak |  |

Tabela nr 34

| WAGA STOJĄCA Z METROMIERZEM         |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia                                       | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Waga elektroniczna   | tak                     |               |
| 2                                   | Regulowane nóżki, poziomicą pozwalające na precyzyjne ustawienie | tak                     |               |
| 3                                   | Wyświetlacz LCD z funkcją obustronnego odczytu wyników           | tak                     |               |
| 4                                   | Obciążenie max. 200kg  | tak                     |               |
| 5                                   | Dokładność 150-200g  | tak                     |               |
| 6                                   | Zasilanie bateryjne lub sieciowe (zasilacz w zestawie)           | tak                     |               |
| 7                                   | Wymiary podstawy 340x330x65mm (+/-10 mm)                         | tak                     |               |
| 8                                   | Funkcje: TARA, HOLD, BMI, automatyczne wyłączenie                | tak                     |               |
| 9                                   | Waga: max 6kg  | tak                     |               |
| 10                                  | Zakres pomiaru: 20-205 cm  | tak                     |               |
| 11                                  | Podziałka: 1mm   | tak                     |               |
| 12                                  | Gwarancja min. 24 miesiące                                       | tak                     |               |

Tabela nr 35

| KOZETKA LEKARSKA                    |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Kozetka lekarska z regulacją segmentu zagłówek  | tak                     |               |
| 2                                   | Regulacja zagłówek mechanizmem zapadkowym   | tak                     |               |
| 3                                   | Regulowany podglówek w zakresie min. 0° do 40°  | tak                     |               |
| 4                                   | Konstrukcja wykonana z kształtowników stalowych pokrytych lakierem proszkowym odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne i promieniowanie UV  | tak                     |               |
| 5                                   | Kozetka posiadająca sztywną konstrukcję zapewnioną przez poprzeczki podłużne i poprzeczne   | tak                     |               |
| 6                                   | Kozetka tapicerowana materiałem powlekanym zmywalnym z wytłoczoną fakturą zewnętrzną o wyglądzie tkaniny plecionej z nici (nie dopuszcza się materiału powlekanego o wyglądzie skóry) i parametrach nie gorszych niż:<br>• Ścieralność: 300 000 cykli<br>• Trudnopalność (BS EN 1021:1, BS EN 1021:2 lub normy równoważne)<br>• Odporność na światło minimum >7<br>• Gramatura 685 g/m <sup>2</sup><br>• Skład: powłoka zewnętrzna 100% winyl, baza 100% poliester<br>• Właściwości zmywalne w tym łagodnymi środkami chemicznymi<br>• Duża odporność na różnice temperatury<br>• Odporność na urynię i krew i pot<br>• Bariera przed drobnoustrojami, przeciwbakteryjna i przeciwgrzybicza | tak                     |               |
| 7                                   | Możliwość wyboru koloru tapicerki z min 5 kolorów   | tak                     |               |
| 8                                   | Po leżem uchwyt rolki prześcieradła jednorazowego   | tak                     |               |

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
| 9  | Szerokość całkowita 550 mm (+/- 20 mm)   | tak |  |
| 10 | Długość całkowita 2000 mm (+/- 50 mm)  | tak |  |
| 11 | Wysokość całkowita 550 mm (+/- 20 mm)  | tak |  |
| 12 | Kolorystyka tapicerki do ustalenia po wyborze oferenta z minimum 10 kolorów  | tak |  |
| 13 | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak |  |
| 14 | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak |  |

Tabela nr 36

| STOLIK ZABIEGOWY TYP MAYO           |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Wózek zabiegowy wykorzystywany do przetrzymywania instrumentarium w czasie wykonywania badań i zabiegów                  | tak                     |               |
| 2                                   | Stolik wykonany w całości ze stali nierdzewnej   | tak                     |               |
| 3                                   | Wózek łatwy do mycia i odporny na dezynfekcję szpitalną  | tak                     |               |
| 4                                   | Zakres regulacji wysokości min. od 950 do 1350 mm  | tak                     |               |
| 5                                   | Blat roboczy z wgłębieniem ograniczającym wypadanie przedmiotów o wymiarach ok. 750 x 500 mm                             | tak                     |               |
| 6                                   | Blat z możliwością obrotu o 360°   | tak                     |               |
| 7                                   | Podstawa stabilna w kształcie litery T wykonana z prostokątnych profili z trzema kołami z blokadą                        | tak                     |               |
| 8                                   | Koła o średnicy min. 70 mm   | tak                     |               |
| 9                                   | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak                     |               |
| 10                                  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 37

| STOLIK ZABIEGOWY Z DWOMA BLATAMI    |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Stolik zabiegowy wykorzystywany do przetrzymywania instrumentarium w czasie wykonywania badań i zabiegów                 | tak                     |               |
| 2                                   | Stolik wykonany w całości ze stali nierdzewnej   | tak                     |               |
| 3                                   | Dwa blaty z wgłębieniem utrudniającym wypadnięcie przedmiotów ze stolika   | tak                     |               |
| 4                                   | Uchwyt do prowadzenia z jednej strony wózka  | tak                     |               |
| 5                                   | Wymiar (szer/głęb/wys): 800 x 600 x 900 mm (+/-20 mm)  | tak                     |               |
| 6                                   | 4 koła o średnicy min 70 mm w tym min 2 z blokadą  | tak                     |               |
| 7                                   | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. |                         |               |
| 8                                   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 38

| PODEST                              |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Podest jednostopniowy przeznaczony do użytku na salach operacyjnych i zabiegowych | tak                     |               |
| 2                                   | Konstrukcja wykonana ze stali nierdzewnej   | tak                     |               |
| 3                                   | Nogi posiadają regulator poziomowania podestu                                     | tak                     |               |
| 4                                   | Stopnie wykonane z blachy posiadającej antypoślizgowe elementy                    | tak                     |               |
| 5                                   | Wymiary (szer/głęb/wys): 500 x 300 x 150 mm (+/-20 mm)                            | tak                     |               |

|   |                            |     |  |
|---|----------------------------|-----|--|
| 6 | Gwarancja min. 24 miesiące | tak |  |
|---|----------------------------|-----|--|

Tabela nr 39

| TABORET Z PNEUMATYCZNA REGULACJĄ WYSOKOŚCI |  |                         |               |
|--|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:        |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                |  |                         |               |
| Lp.  | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1  | Taboret dla personelu medycznego do pomieszczeń szpitalnych  | Tak                     |               |
| 2  | Konstrukcja taboretu wykonana ze stali nierdzewnej   | Tak                     |               |
| 3  | Siedzisko tapicerowane z regulacją wysokości   | Tak                     |               |
| 4  | Siedzisko o średnicy 350 mm (+/- 20 mm) wykonane ze spienionego poliuretanu  | Tak                     |               |
| 5  | Regulacja wysokości realizowana za pomocą siłownika pneumatycznego przy pomocy dźwigni                                   | Tak                     |               |
| 6  | Zakres regulacji wysokości min od 440 do 570 mm  | Tak                     |               |
| 7  | Pięcioramienna podstawa o średnicy max 560 mm  | Tak                     |               |
| 8  | Koła o średnicy min 50 mm, z których co najmniej 2 z blokadą   | Tak                     |               |
| 9  | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | Tak                     |               |
| 10   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 40

| WÓZEK DO ROZWOŻENIA POSIŁKÓW (BEMAROWY) Z 2 KOMORAMI I DOLNĄ PÓŁKĄ |  |                         |               |
|--|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:                                |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:  |  |                         |               |
| Lp.  | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1  | Wózek wykonany w całości ze stali nierdzewnej                          | tak                     |               |
| 2  | Trzy blaty z wgłębieniem utrudniającym wypadnięcie przedmiotów z wózka | tak                     |               |
| 3  | Uchwyt do prowadzenia z jednej strony wózka                            | tak                     |               |
| 4  | Wymiar (szer/głęb/wys): 800 x 600 x 900 mm (+/-20 mm)                  | tak                     |               |
| 5  | 4 koła o średnicy min 70 mm w tym min 2 z blokadą                      | tak                     |               |
| 6  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 41

| ZMYWARKO - WYPARZARKA               |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Profesjonalna zmywarka z funkcją wyparzania  | tak                     |               |
| 2                                   | Wykonana ze stali nierdzewnej  | tak                     |               |
| 3                                   | Sterowanie elektromechaniczne  | tak                     |               |
| 4                                   | Zmywarka powinna być przystosowana do mycia tac GN 1/1                                     | tak                     |               |
| 5                                   | Jelitkowe dozowniki płynu myjącego   | tak                     |               |
| 6                                   | Możliwość ustawienia czasu trwania cyklu 120 lub 180 sekund                                | tak                     |               |
| 7                                   | Kontrolki temperatury pracy bojlera i komory   | tak                     |               |
| 8                                   | 2 pary ramion myjąco – płuczających  | tak                     |               |
| 9                                   | Zużycie wody max. 3 litry/cykl   | tak                     |               |
| 10                                  | Maksymalna wysokość mytego naczynia min. 300 mm  | tak                     |               |
| 11                                  | Kosz o wymiarach min. 500x500 mm   | tak                     |               |
| 12                                  | W komplecie kosz do talerzy, kosz uniwersalny na szkło i pojemnik na sztućce               | tak                     |               |
| 13                                  | Wymiary:<br>- wysokość max. 840 mm,<br>- szerokość max. 670 mm,<br>- głębokość max. 570 mm | tak                     |               |
| 14                                  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 42

| KANAPA DO POKOI SOCJALNYCH (I)      |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Kanapa wypoczynkowa głęboka  | tak                     |               |
| 2                                   | Kanapa o wymiarach: szerokość 1850mm x głębokość 870mm x wysokość 780mm; (+/-10 mm)  | tak                     |               |
| 3                                   | Kanapa powinna mieć podłokietniki o szerokości dopasowanej do ogólnej szerokości   | tak                     |               |
| 4                                   | Kanapa z funkcją spania (rozkładana)   | tak                     |               |
| 5                                   | Kanapa powinna posiadać oparcie w formie wyjmowanych poduch wypełnionych kulką silikonową i granulatem.  | tak                     |               |
| 6                                   | Siedzisko powinno posiadać sprężyny faliste oraz sprężyny typu bonell, pianka t30  | tak                     |               |
| 7                                   | Szkielet sofy wykonany z drewna iglastego, płyty stolarskiej oraz sklejk   | tak                     |               |
| 8                                   | Wyścielenie włóknina filcowa oraz owata 100  | tak                     |               |
| 9                                   | Sofa tapicerowany tkaniną o parametrach nie gorszych niż:<br>- ścieralność: 300 000 cykli,<br>- trudnopalność (BS EN 1021:1; BS EN 1021:2 lub normy równoważne),<br>- gramatura: min. 680 g/m <sup>2</sup> ,<br>- skład: powłoka zewnętrzna 100% winyl, baza 100% poliester,<br>- odporność na światło: >7,<br>- odporność na różnice temperatury,<br>- odporność na płyny ustrojowe,<br>- bariera przed drobnoustrojami, przeciwwgrzybicza, przeciwbakteryjna | tak                     |               |
| 10                                  | Kolorystyka tapicerki do ustalenia po wyborze oferenta z minimum 10 kolorów  | tak                     |               |
| 11                                  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 43

| KANAPA DO POKOI SOCJALNYCH (II)     |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Kanapa wypoczynkowa  | tak                     |               |
| 2                                   | Sofa o wymiarach: szerokość 2000mm x głębokość 870mm x wysokość 780mm; (+/- 10 mm)   | tak                     |               |
| 3                                   | Kanapa powinna mieć podłokietniki o szerokości dopasowanej do ogólnej szerokości   | tak                     |               |
| 4                                   | Kanapa z funkcją spania (rozkładana)   | tak                     |               |
| 5                                   | Kanapa powinna posiadać oparcie w formie wyjmowanych poduch wypełnionych kulką silikonową i granulatem.  | tak                     |               |
| 6                                   | Siedzisko powinno posiadać sprężyny faliste oraz sprężyny typu bonell, pianka t30  | tak                     |               |
| 7                                   | Szkielet sofy wykonany z drewna iglastego, płyty stolarskiej oraz sklejk   | tak                     |               |
| 8                                   | Wyścielenie włóknina filcowa oraz owata 100  | tak                     |               |
| 9                                   | Sofa tapicerowany tkaniną o parametrach nie gorszych niż:<br>- ścieralność: 300 000 cykli,<br>- trudnopalność (BS EN 1021:1; BS EN 1021:2 lub normy równoważne),<br>- gramatura: min. 680 g/m <sup>2</sup> ,<br>- skład: powłoka zewnętrzna 100% winyl, baza 100% poliester,<br>- odporność na światło: >7,<br>- odporność na różnice temperatury,<br>- odporność na płyny ustrojowe,<br>- bariera przed drobnoustrojami, przeciwwgrzybicza, przeciwbakteryjna | tak                     |               |
| 10                                  | Kolorystyka tapicerki do ustalenia po wyborze oferenta z minimum 10  | tak                     |               |

|    |                            |     |  |
|----|----------------------------|-----|--|
|    | kolorów                    |     |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące | tak |  |

Tabela nr 44

| STOLIK ZABIEGOWY TYPU MAYO Z HYDRAULICZNA REGULACJĄ WYSOKOŚCI |  |                         |               |
|---|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:                           |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                                   |  |                         |               |
| Lp.   | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1   | Wózek zabiegowy wykorzystywany do przetrzymywania instrumentarium w czasie wykonywania badań i zabiegów                  | tak                     |               |
| 2   | Stolik wykonany w całości ze stali nierdzewnej   | tak                     |               |
| 3   | Wózek łatwy do mycia i odporny na dezynfekcję szpitalną  | tak                     |               |
| 4   | Regulacja wysokości uzyskiwana przy pomocy pompy hydraulicznej sterowanej dźwignią nożną                                 | tak                     |               |
| 5   | Zakres regulacji wysokości min. od 950 do 1350 mm  | tak                     |               |
| 6   | Blat roboczy z wgłębieniem ograniczającym wypadanie przedmiotów o wymiarach ok. 750 x 500 mm                             | tak                     |               |
| 7   | Blat z możliwością obrotu o 360°   | tak                     |               |
| 8   | Podstawa stabilna w kształcie litery T wykonana z prostokątnych profili z trzema kołami z blokadą                        | tak                     |               |
| 9   | Koła o średnicy min. 70 mm   | tak                     |               |
| 10  | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak                     |               |
| 11  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 45

| STOLIK ZABIEGOWY Z JEDNYM BLATEM    |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Stolik zabiegowy wykorzystywany do przetrzymywania instrumentarium w czasie wykonywania badań i zabiegów                 | tak                     |               |
| 2                                   | Stolik wykonany w całości ze stali nierdzewnej   | tak                     |               |
| 3                                   | Jeden blat z wgłębieniem utrudniającym wypadnięcie przedmiotów ze stolika  | tak                     |               |
| 4                                   | Uchwyt do prowadzenia z jednej strony wózka  | tak                     |               |
| 5                                   | Wymiar (szer/głęb/wys): 1000 x 600 x 900 mm (+/-20 mm)   | tak                     |               |
| 6                                   | 4 koła o średnicy min 70 mm w tym min 2 z blokadą  | tak                     |               |
| 7                                   | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak                     |               |
| 8                                   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 46

| TABORET Z HYDRAULICZNĄ REGULACJĄ WYSOKOŚCI BEZ OPARCIA |   |                         |               |
|--|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:                    |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                            |   |                         |               |
| Lp.  | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1  | Taboret dla personelu medycznego do pomieszczeń szpitalnych                   | tak                     |               |
| 2  | Konstrukcja taboretu wykonana ze stali nierdzewnej                            | tak                     |               |
| 3  | Siedzisko tapicerowane z regulacją wysokości                                  | tak                     |               |
| 4  | Siedzisko o średnicy 350 mm (+/- 20 mm) wykonane ze spienionego poliuretanu   | tak                     |               |
| 5  | Regulacja wysokości realizowana pompą hydrauliczną przy pomocy dźwigni nożnej | tak                     |               |
| 6  | Zakres regulacji wysokości min od 440 do 600 mm                               | tak                     |               |
| 7  | Pięcioramienna podstawa o średnicy max 560 mm                                 | tak                     |               |
| 8  | Koła o średnicy min 50 mm, z których co najmniej 2 z blokadą                  | tak                     |               |
| 9  | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu                         | tak                     |               |

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
|    | medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. |     |  |
| 10 | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak |  |

Tabela nr 47

| TABORET Z HYDRAULICZNĄ REGULACJĄ WYSOKOŚCI OPARCIA |  |                         |               |
|--|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:                |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                        |  |                         |               |
| Lp.  | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1  | Taboret dla personelu medycznego do pomieszczeń szpitalnych  | tak                     |               |
| 2  | Konstrukcja taboretu wykonana ze stali nierdzewnej   | tak                     |               |
| 3  | Siedzisko tapicerowane z regulacją wysokości   | tak                     |               |
| 4  | Siedzisko o średnicy 350 mm (+/- 20 mm) wykonane ze spienionego poliuretanu  | tak                     |               |
| 5  | Regulacja wysokości realizowana pompą hydrauliczną przy pomocy dźwigni nożnej  | tak                     |               |
| 6  | Zakres regulacji wysokości min od 440 do 600 mm  | tak                     |               |
| 7  | Oparcie pleców posiadające regulację wysokości i możliwość jego odjęcia  | tak                     |               |
| 8  | Oparcie pleców wykonane ze spienionego poliuretanu   | tak                     |               |
| 9  | Pięcioramienna podstawa o średnicy max 560 mm  | tak                     |               |
| 10   | Koła o średnicy min 50 mm, z których co najmniej 2 z blokadą   | tak                     |               |
| 11   | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak                     |               |
| 11   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 48

| PRZEWIJAK PRZYŚCIENNY DLA NIEMOWŁĄT |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Kolor: Biały  | tak                     |               |
| 2                                   | Zabezpieczenia: Regulowany pas nylonowy lub równoważny  | tak                     |               |
| 3                                   | Mocowanie: Ścienne, minimum 4-śrubowe   | tak                     |               |
| 4                                   | Pozycja: Pionowa  | tak                     |               |
| 5                                   | Składanie: Do ściany  | tak                     |               |
| 6                                   | Maksymalne obciążenie: minimum 80 kg  | tak                     |               |
| 7                                   | Normy: EN1729-2 (2006), EN15372 (2008) lub równoważne   | tak                     |               |
| 8                                   | Wymiary przewijaka (otwarte): Wysokość 640-650 mm, długość 560-570 mm, głębokość 903-910 mm   | tak                     |               |
| 9                                   | Wymiary przewijaka (zamknięte): Wysokość 890-900 mm, długość 550-560 mm, głębokość 110-120 mm | tak                     |               |
| 10                                  | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak                     |               |

Tabela nr 49

| TABORET OBROTOWY DO GABINETÓW ZABIEGOWYCH |  |                         |               |
|---|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:       |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:               |  |                         |               |
| Lp.                                       | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1   | Taboret dla personelu medycznego do pomieszczeń szpitalnych                            | tak                     |               |
| 2   | Konstrukcja taboretu wykonana ze stali nierdzewnej                                     | tak                     |               |
| 3   | Siedzisko tapicerowane z regulacją wysokości   | tak                     |               |
| 4   | Siedzisko o średnicy 350 mm (+/- 20 mm) wykonane ze spienionego poliuretanu            | tak                     |               |
| 5   | Regulacja wysokości realizowana za pomocą siłownika pneumatycznego przy pomocy dźwigni | tak                     |               |
| 6   | Zakres regulacji wysokości min od 440 do 570 mm  | tak                     |               |
| 7   | Pięcioramienna podstawa o średnicy max 560 mm  | tak                     |               |



|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
| 8  | Koła o średnicy min 50 mm, z których co najmniej 2 z blokadą   | tak |  |
| 9  | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak |  |
| 10 | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak |  |

Tabela nr 50

| REGULOWANY FOTEL DO POBIERANIA KRWI |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Regulacja oparcia pleców - manualna  | tak                     |               |
| 2                                   | Podłokietniki obustronne - tak   | tak                     |               |
| 3                                   | Regulacja podłokietników Tak   | tak                     |               |
| 4                                   | Błat zabiegowy - bez blatu   | tak                     |               |
| 5                                   | Podnóżek - bez podnóżka  | tak                     |               |
| 6                                   | Kółka w podstawie -Nie   | tak                     |               |
| 7                                   | Maksymalne obciążenie minimum 120 kg   | tak                     |               |
| 8                                   | Konstrukcja profile stalowe lakierowane proszkowo lub równoważnie  | tak                     |               |
| 9                                   | Wysokość (cm) 125 - 130<br>Szerokość (cm) 78 - 82<br>Głębokość (cm) 78 – 82<br>(+/- 10 mm)                               | tak                     |               |
| 10                                  | Oparcie pleców tapicerowane  | tak                     |               |
| 11                                  | Sposób regulacji oparcia pleców - pneumatyczny sprężyną gazową   | tak                     |               |
| 12                                  | Zakres regulacji oparcia pleców 0-90°  | tak                     |               |
| 13                                  | Siedzisko tapicerowane   | tak                     |               |
| 14                                  | Sposób regulacji siedziska - bez regulacji   | tak                     |               |
| 15                                  | Wysokość siedziska od podłoża (cm) 48 - 52   | tak                     |               |
| 16                                  | Podglówek tapicerowany z regulacją   | tak                     |               |
| 17                                  | Podłokietniki - materiał tapicerowane  | tak                     |               |
| 18                                  | Sposób regulacji podłokietników manualnie  | tak                     |               |
| 19                                  | Zakres regulacji podłokietników - wysokość 12-25 cm od poziomu siedziska   | tak                     |               |
| 20                                  | Zakres regulacji podłokietników - obrót w poziomie 0-180°  | tak                     |               |
| 21                                  | Podstawa - stopki przeciwpoślizgowe  | tak                     |               |
| 22                                  | Kolor do uzgodnienia   | tak                     |               |
| 23                                  | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak                     |               |
| 24                                  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 51

| SZAFKA DO BADAŃ NIEMOWLĄT           |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Materiał - stal nierdzewna   | tak                     |               |
| 2                                   | Wyposażona w odpinany materac - przewijak  | tak                     |               |
| 3                                   | Przewijak z trzema podniesionymi bokami  | tak                     |               |
| 4                                   | Waga elektroniczna z homologacją   | tak                     |               |
| 5                                   | Maksymalne obciążenie wagi - minimum 30 kg   | tak                     |               |
| 6                                   | Waga z miarą   | tak                     |               |
| 7                                   | Całość wyposażona w szafkę z pojedynczymi drzwiami - wewnątrz jedna półka                                    | tak                     |               |
| 8                                   | regulowana wykonana ze stali nierdzewnej oraz trzy szuflady na prowadnicach samodociągowych z pełnym wysuwem | tak                     |               |
| 9                                   | szafka i szuflady malowane proszkowo   | tak                     |               |

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
| 10 | wysokość szafki bez wagi i przewijaka 840 - 860 mm; Długość - 1260 - 1300 mm; szerokość 590 - 610 mm                     | tak |  |
| 11 | Kolor do uzgodnienia   | tak |  |
| 12 | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak |  |
| 13 | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak |  |

Tabela nr 52

| KOZETKA LEKARSKA Z UCHWYTEM NA PAPIER |  |                         |               |
|---------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:   |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:           |  |                         |               |
| Lp.                                   | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                     | Długość 190-192 cm, Wysokość 50-80 cm, Szerokość 59-61 cm  | tak                     |               |
| 2                                     | Udźwig max minimum 140 kg  | tak                     |               |
| 3                                     | Kozetka wyposażona w uchwyt na papier  | tak                     |               |
| 4                                     | Kolor do uzgodnienia   | tak                     |               |
| 5                                     | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak                     |               |
| 6                                     | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 53

| FOTEL KUBEŁKOWY                     |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Wymagane wymiary fotela:<br>- wysokość całkowita: 760 mm,<br>- szerokość całkowita: 700 mm,<br>- głębokość całkowita: 600 mm,<br>- wysokość siedziska: 450 mm,<br>Od powyższych wymiarów dopuszcza się tolerancję w zakresie +/- 15 mm  | tak                     |               |
| 2                                   | Szkielet fotela wykonany na bazie sklejki i płyty wiórowej oraz drewnianych listew  | tak                     |               |
| 3                                   | Siedzisko i oparcie zintegrowane z podłokietnikami.   | tak                     |               |
| 4                                   | Chromowane nóżki zakończone stopkami, które chronią przed zarysowaniem podłogi  | tak                     |               |
| 5                                   | Fote tapicerowane materiałem powlekanym zmywalnym z wytłoczoną fakturą zewnętrzną o wyglądzie tkaniny plecionej z nici (nie dopuszcza się materiału powlekanego o wyglądzie skóry) i parametrach nie gorszych niż:<br>• Ścieralność: 300 000 cykli<br>• Trudnopalność (BS EN 1021:1, BS EN 1021:2 lub normy równoważne)<br>• Odporność na światło minimum >7<br>• Gramatura 685 g/m <sup>2</sup><br>• Skład: powłoka zewnętrzna 100% winyl, baza 100% poliester<br>• Właściwości zmywalne w tym łagodnymi środkami chemicznymi<br>• Duża odporność na różnice temperatury<br>• Odporność na uryne i krew i pot<br>• Bariera przed drobnoustrojami, przeciwbakteryjna i przeciwgrzybicza | tak                     |               |
| 6                                   | Kolorystyka tapicerki do ustalenia po wyborze oferenta z minimum 10 ciu kolorów   | tak                     |               |
| 7                                   | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak                     |               |

Tabela nr 54

| FOTEL ROZKŁADANY                    |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |  |  |

| Producent/kraj pochodzenia: |   |                         |               |
|-----------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Lp.                         | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                           | Fotel wypoczynkowy głęboki  | tak                     |               |
| 2                           | Fotel o wymiarach szerokość 900 mm (- 20 mm)  | tak                     |               |
| 3                           | Fotel powinien mieć podłokietniki o szerokości dopasowanej do ogólnej szerokości  | tak                     |               |
| 4                           | Fotel z funkcją spania (rozkładana)   | tak                     |               |
| 5                           | Fotel powinien posiadać oparcie w formie wyjmowanych poduch wypełnionych kulką silikonową i granulatem. Ilość poduch określa formularz asortymentowo - cenowy   | tak                     |               |
| 6                           | Siedzisko powinno posiadać sprężyny faliste oraz sprężyny typu bonell, pianka t30   | tak                     |               |
| 7                           | Szkielet fotela wykonany z drewna iglastego, płyty stolarskiej oraz sklejk  | tak                     |               |
| 8                           | Wyścielenie włóknina filcowa oraz owata 100   | tak                     |               |
| 9                           | Fotel tapicerowany tkaniną o parametrach nie gorszych niż:<br>- ścieralność: 300 000 cykli,<br>- trudnopalność (BS EN 1021:1; BS EN 1021:2 lub normy równoważne),<br>- gramatura: min. 680 g/m <sup>2</sup> ,<br>- skład: powłoka zewnętrzna 100% vinyl, baza 100% poliester,<br>- odporność na światło: >7,<br>- odporność na różnice temperatury,<br>- odporność na płyny ustrojowe,<br>- bariera przed drobnoustrojami, przeciwwgrzybicza, przeciwbakteryjna | tak                     |               |
| 10                          | Kolorystyka tapicerki do ustalenia po wyborze oferenta z minimum 10 ciu kolorów   | tak                     |               |
| 11                          | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak                     |               |

Tabela nr 55

| FOTEL ROZKŁADANY DLA MATEK          |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Wózek transportowy w pozycji siedzącej do użytku w pomieszczeniach na terenie szpitala                         | tak                     |               |
| 2                                   | Wózek posiadający konstrukcję modułową, możliwość rozbudowy i modyfikacji wózka                                | tak                     |               |
| 3                                   | Wózek stabilizujący głowę i plecy, maksymalna waga użytkownika 350kg   | tak                     |               |
| 4                                   | Długość całkowita 760 mm (+/- 20 mm)   | tak                     |               |
| 5                                   | Długość po demontażu 1080 mm (+/- 20 mm)   | tak                     |               |
| 6                                   | Szerokość użytkowa siedziska 770 mm (+/- 20 mm)  | tak                     |               |
| 7                                   | Szerokość całkowita 890 mm (+/- 20 mm)   | tak                     |               |
| 8                                   | Szerokość po demontażu 890 mm (+/- 20 mm)  | tak                     |               |
| 9                                   | Wysokość całkowita 1200 mm (+/- 20 mm)   | tak                     |               |
| 10                                  | Wysokość po demontażu 810 mm (+/- 20 mm)   | tak                     |               |
| 11                                  | Waga całkowita max 40 kg   | tak                     |               |
| 12                                  | Głębokość użytkowa siedziska 480 mm (+/- 20 mm)  | tak                     |               |
| 13                                  | Wysokość przedniej krawędzi siedziska 510 mm (+/- 20 mm)   | tak                     |               |
| 14                                  | Grubość poduszki siedziska 100 mm (+/- 20 mm)  | tak                     |               |
| 15                                  | Kąt nachylenia oparcia 13° - 40°   | tak                     |               |
| 16                                  | Wysokość oparcia 780 mm (+/- 20 mm)  | tak                     |               |
| 17                                  | Odległość podnóżek od siedziska 360 mm (+/- 20 mm)   | tak                     |               |
| 18                                  | Kąt między siedziskiem a podnóżkiem 0° - 80°   | tak                     |               |
| 19                                  | Wysokość podłokietników 138 mm - 220 mm  | tak                     |               |
| 20                                  | Sprężyny gazowe oparcia /podnóżka 850 N  | tak                     |               |
| 21                                  | Regulacja wysokości podłokietników poniżej poziomu siedziska umożliwiające przesiadanie się z łóżka i na łóżko | tak                     |               |

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
| 22 | Odchylane płynnie oparcie  | tak |  |
| 23 | Odchylane podparcie pod łydki  | tak |  |
| 24 | Tapicerka zmywalna, kolor do wyboru z wachlarza 10-ciu kolorów   | tak |  |
| 25 | Cztery jezdne kółka z hamulcami.   | tak |  |
| 26 | Kolor stelaża wózka szary  | tak |  |
| 27 | Pozostałe wymagania  | tak |  |
| 28 | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak |  |
| 29 | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak |  |

Tabela nr 56

| TABORET OBROTOWY                    |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Taboret dla personelu medycznego do pomieszczeń szpitalnych  | tak                     |               |
| 2                                   | Konstrukcja taboretu wykonana ze stali nierdzewnej   | tak                     |               |
| 3                                   | Siedzisko tapicerowane z regulacją wysokości   | tak                     |               |
| 4                                   | Siedzisko o średnicy 350 mm (+/- 20 mm) wykonane ze spienionego poliuretanu  | tak                     |               |
| 5                                   | Oparcie pleców posiadające regulację wysokości i możliwość jego odjęcia  | tak                     |               |
| 6                                   | Oparcie pleców wykonane ze spienionego poliuretanu   | tak                     |               |
| 7                                   | Regulacja wysokości realizowana za pomocą siłownika pneumatycznego przy pomocy dźwigni                                   | tak                     |               |
| 8                                   | Zakres regulacji wysokości min od 440 do 570 mm  | tak                     |               |
| 9                                   | Pięcioramienna podstawa o średnicy max 560 mm  | tak                     |               |
| 10                                  | Koła o średnicy min 50 mm, z których co najmniej 2 z blokadą   | tak                     |               |
| 11                                  | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak                     |               |
| 12                                  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 57

| ŁÓŻKO/LEŻANKA DO BADAŃ EEG          |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Szerokość 80 cm, długość 210 cm, 3. wysokość-75 cm (+/- 2 cm)      | tak                     |               |
| 2                                   | Materac 80x200, materiał zmywalny, odporny na środki dezynfekcyjne | tak                     |               |
| 3                                   | Zabudowane stanowisko do leżenia z szufladą pod spodem.            | tak                     |               |
| 4                                   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 58

| TERMOS DO PRZENOSZENIA POKARMÓW     |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Przeznaczony do transportu i przechowywania żywności  | tak                     |               |
| 2                                   | Termos o kompaktowym rozmiarze  | tak                     |               |
| 3                                   | Zachowanie walorów smakowych i jakość posiłków  | tak                     |               |
| 4                                   | Obudowa z nierdzewnej stali satynowanej   | tak                     |               |
| 5                                   | Wnętrze ze stali nierdzewnej wysoko polerowanej nie wchodzącej w reakcję z żywnością                                      | tak                     |               |
| 6                                   | Tworzywo izolujące w przestrzeni między ściankami pozwalające utrzymać temperaturę potraw od 6 do 8 godz., niezależnie od | tak                     |               |

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
|    | warunków otoczenia   |     |  |
| 7  | Szczelność zapewnia podwójna pokrywa zabezpieczona sześcioma zatrzaskami i uszczelką | tak |  |
| 8  | Wyposażony w wentyl odpowietrzający i ergonomiczne uchwyty transportowe              | tak |  |
| 9  | Demontowalne elementy  | tak |  |
| 10 | Łatwy do utrzymania w czystości  | tak |  |
| 11 | Wymiary (mm): $\varnothing$ 330x(H)220   | tak |  |
| 12 | Pojemność (l):10   | tak |  |
| 13 | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak |  |

Tabela nr 59

| WÓZEK DO PRZEWOŻENIA POKARMÓW       |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Wózek wykonany w całości ze stali nierdzewnej                          | tak                     |               |
| 2                                   | Trzy blaty z wgłębieniem utrudniającym wypadnięcie przedmiotów z wózka | tak                     |               |
| 3                                   | Uchwyt do prowadzenia z jednej strony wózka                            | tak                     |               |
| 4                                   | Wymiar (szer/głęb/wys): 800 x 600 x 900 mm (+/-20 mm)                  | tak                     |               |
| 5                                   | 4 koła o średnicy min 70 mm w tym min 2 z blokadą                      | tak                     |               |
| 6                                   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 60

| WÓZEK TRANSPORTOWY DLA DZIECI MAŁYCH |  |                         |               |
|--------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:  |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:          |  |                         |               |
| Lp.                                  | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                    | Podstawa i leże wykonane z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na promieniowanie UV, uszkodzenia mechaniczne i środki dezynfekcyjne.             | tak                     |               |
| 2                                    | Ośłona podwozia z tworzywa z przetłoczeniami na butlę lub podręczne rzeczy pacjenta  | tak                     |               |
| 3                                    | Leże wózka dwusegmentowe z płyty HPL,  | tak                     |               |
| 4                                    | Min. regulacja wysokości oraz przechyły Trendelenburga 19° i Anty-Trendelenburga 19° realizowane układem hydraulicznym przy pomocy dźwigni nożnych.                    | tak                     |               |
| 5                                    | Regulacja kąta segmentu oparcia pleców realizowana za pomocą sprężyny gazowej z blokadą  | tak                     |               |
| 6                                    | Układ jezdny wózka z podwoziem z centralną blokadą kół, koła 200mm   | tak                     |               |
| 7                                    | Pas do mocowania pacjenta  | tak                     |               |
| 8                                    | Konstrukcja wózka oparta na dwóch skrajnie rozmieszczonych kolumnach   | tak                     |               |
| 9                                    | Poręcze boczne oraz szczyty wykonane ze stali lakierowanej proszkowo z elementami graficznymi z płyty HPL z możliwością wybrania koloru lakieru i motywu dekoracyjnego | tak                     |               |
| 10                                   | Całkowita długość 1430mm   | tak                     |               |
| 11                                   | Całkowita szerokość 720 mm   | tak                     |               |
| 12                                   | Minimalny zakres regulacji wysokości 565-895 mm  | tak                     |               |
| 13                                   | Długość leża 1300 mm, (+/- 20 mm)  | tak                     |               |
| 14                                   | Szerokość leża 530 mm (+/- 20 mm)  | tak                     |               |
| 15                                   | Min zakres regulacji oparcia pleców 0 -70 stopni.  | tak                     |               |
| 16                                   | Maksymalne obciążenie - minimum 50 kg  | tak                     |               |
| 17                                   | Cztery odboje dla ochrony przed uderzeniami  | tak                     |               |
| 18                                   | Zdejmowany materac wykonany z pianki poliuretanowej pokryty skajem   | tak                     |               |
| 19                                   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 61

| FOTEL TRANSPORTOWY                  |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Fotel przeznaczony do przewożenia pacjentów w pozycji siedzącej   | tak                     |               |
| 2                                   | Bardzo dobra możliwość manewrowania dzięki funkcji Big Wheel ułatwiająca prowadzenie fotela i pokonywanie zakrętów.   | tak podać               |               |
| 3                                   | Centralny hamulec uruchamiany jednym dotknięciem zmniejszający konieczność schylania się i sięgania, poprawiający wydajność pracy opiekuna.   | tak                     |               |
| 4                                   | Kółka chroniące przed przewróceniem zwiększające stabilność i bezpieczeństwo pacjentów.   | tak                     |               |
| 5                                   | Sztywna rama pokryta ochronną farbą antykorozyjną nanoszoną proszkowo, umożliwiającą wsuwanie jednego fotela w drugi.   | tak                     |               |
| 6                                   | Łatwy do utrzymania w czystości, rama fotela zbudowana jest z połączonych bezszwowych elementów, łatwych do dezynfekcji i nadających się do mycia ciśnieniowego.                        | tak                     |               |
| 7                                   | Żółte punkty aktywacyjne obsługiwane intuicyjnie.   | tak                     |               |
| 8                                   | Ruchome, ale nieodłączalne elementy zmniejszające ryzyko zgubienia lub kradzieży części.  | tak                     |               |
| 9                                   | Ergonomiczne ręczki (uchwyty) do pchania wózka typu BackSmart, zmniejszające konieczność schylania się i dalekiego sięgania.  | tak                     |               |
| 10                                  | Odchylany podnóżek z funkcją składania, pomagający zmniejszyć ryzyko potknięcia się i zapewniający pacjentowi wolną przestrzeń do wejścia i zejścia z fotela.                           | tak                     |               |
| 11                                  | Odchylane i wyprofilowane podłokietniki zapewniające wyższy i dłuższy punkt podparcia dla pacjenta. Podłokietniki odchylane poza oparcie pleców zapewniające lepszy dostęp do pacjenta. | tak                     |               |
| 12                                  | Obsługiwana stopą funkcja odchylania zwiększająca dostęp do pacjenta oraz umożliwiającą bliższe ustawienie fotela względem łóżek, pojazdów lub stołów.                                  | tak                     |               |
| 13                                  | Maksymalne bezpieczne obciążenie do minimum 225 kg umożliwiające przewożenie nawet bardzo ciężkich pacjentów.   | tak podać               |               |
| 14                                  | Wytrzymały stojak na kroplówki o grubości 2,5 cm chromowany, zawierający wbudowane haczyki.   | tak podać               |               |
| 15                                  | Pionowy uchwyt na butlę O <sub>2</sub> zmniejszający konieczność schylania i podnoszenia się przy umieszczaniu butli O <sub>2</sub> pod fotelem.  | tak                     |               |
| 16                                  | Uchwyt na kartę pacjenta.   | tak                     |               |
| 17                                  | Wyłaczany plastik, wykonanie bezszwowe.   | tak                     |               |
| 18                                  | Podpórki na nogi.   | tak                     |               |
| 19                                  | Wymiary całkowite: długość 100-105cm, szerokość 71-72cm.  | tak podać               |               |
| 20                                  | Szerokość siedziska 53-55cm.  | tak podać               |               |
| 21                                  | Wysokość siedziska: od podnóżka 37-39cm, od podłoża 52-54cm.  | tak podać               |               |
| 22                                  | Wysokość fotela ze stojakiem na kroplówki 185-190cm.  | tak podać               |               |
| 23                                  | Wysokość fotela bez stojaka na kroplówki 112-115cm.   | tak podać               |               |
| 24                                  | Siedzisko oraz oparcie pleców wykonane z tworzywa zmywalne, odporne na częstą dezynfekcję.  | tak                     |               |
| 25                                  | Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpieczne.  | tak                     |               |
| 26                                  | Termin gwarancji minimum 24 miesiące.   | tak podać               |               |
| 27                                  | Wyrób fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2020  | tak podać               |               |

Tabela nr 62

| SOFA GŁĘBOKA BEZ PODŁOKIETNIKÓW, NIEROZKŁADANA Z 3 PODUCHAMI |  |                         |               |
|--|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:                          |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                                  |  |                         |               |
| Lp.  | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1  | Sofa wypoczynkowa głęboka, funkcja wg. formularza asortymentowo - cenowego | tak                     |               |

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
| 2  | Sofa o wymiarach 2000 ddp, 870ddp, 780 (szerokość x głębokość x wysokość)  | tak |  |
| 3  | Jeśli w formularzu wskazano sofa bez podłokietników o szerokości dopasowanej do ogólnej szerokości   | tak |  |
| 4  | Sofa bez funkcji spania – wg załącznika asortymentowo - cenowego   | tak |  |
| 5  | Sofa powinna posiadać oparcie w formie wyjmowanych poduch wypełnionych kulką silikonową i granulatem. Ilość poduch określa formularz asortymentowo - cenowy (3x poducha w komplecie)   | tak |  |
| 6  | Siedzisko powinno posiadać sprężyny faliste oraz sprężyny typu bonell, pianka t30  | tak |  |
| 7  | Szkielet sofy wykonany z drewna iglastego, płyty stolarskiej oraz sklejki  | tak |  |
| 8  | Wyścielenie włóknina filcowa oraz owata 100  | tak |  |
| 9  | Sofa tapicerowana tkaniną o parametrach nie gorszych niż:<br>- ścieralność: 300 000 cykli,<br>- trudnopalność BS EN 1021:1; BS EN 1021:2 lub normy równoważne,<br>- gramatura: min. 680 g/m <sup>2</sup> ,<br>- skład: powłoka zewnętrzna 100% winyl, baza 100% poliester,<br>- odporność na światło: >7,<br>- odporność na różnice temperatury,<br>- odporność na płyny ustrojowe,<br>- bariera przed drobnoustrojami, przeciwwgrzybicza, przeciwbakteryjna | tak |  |
| 10 | Kolorystyka tapicerki do ustalenia po wyborze oferenta z minimum 10 kolorów  | tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak |  |

Tabela nr 63

| KRZESŁO DLA PACJENTA BEZ PODŁOKIETNIKA |  |                         |               |
|--|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:    |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:            |  |                         |               |
| Lp.                                    | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                      | Krzesełko stacjonarne na 4 nogach bez podłokietników o wymiarach:<br>- Szerokość całkowita: 505 mm,<br>- Głębokość całkowita: 565 mm,<br>- Wysokość całkowita: 805 mm,<br>- Szerokość oparcia: 490 mm,<br>- Wysokość oparcia: 365 mm,<br>- Szerokość siedziska: 450 mm,<br>- Głębokość siedziska: 430 mm,<br>- Wysokość siedziska: 440 mm,<br>Od powyższych wymiarów dopuszcza się tolerancję w zakresie +/- 30 mm | tak                     |               |
| 2                                      | Krzesełko powinno posiadać funkcję sztaplowania min. 4 sztuki  | tak                     |               |
| 3                                      | Siedzisko i oparcie krzesła powinno być wykonane na bazie sklejki bukowo-brzozowej o grubości min. 10 mm   | tak                     |               |
| 4                                      | Siedzisko wraz z oparciem powinny stanowić dwa osobne elementy   | tak                     |               |
| 5                                      | Między oparciem a siedziskiem powinna znajdować się szczelina  | tak                     |               |
| 6                                      | Oparcie o kształcie zbliżonym do prostokąta wyoblone w dwóch płaszczyznach   | tak                     |               |
| 7                                      | Siedzisko i oparcie w całości tapicerowane. Nie dopuszcza się stosowania jakichkolwiek maskownic plastikowych na oparciu i pod siedziskiem   | tak                     |               |
| 8                                      | Siedzisko powinno posiadać z przodu wyraźne wyoblenie ku dołowi zapobiegające uciskowi na nogi siedzącego  | tak                     |               |
| 9                                      | Stelaż wykonany ze stalowej, lakierowanej rury o przekroju 22x2 mm   | tak                     |               |
| 10                                     | Oparcie mocowane do stelaża na przelot rury w tylnej części za pomocą czterech śrub widocznych na stelażu  | tak                     |               |
| 11                                     | Oparcie posiada metalowe okucia do mocowania ze stelażem   | tak                     |               |
| 12                                     | Oparcie nie posiada widocznych śrub od frontu  | tak                     |               |
| 13                                     | Siedzisko posiada metalowe okucia do mocowania ze stelażem   | tak                     |               |
| 14                                     | Siedzisko mocowane do stelaża na przelot rury  | tak                     |               |

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
| 15 | Pomiędzy siedziskiem i stelażem znajdują się plastikowe podkładki siodłowe płaskie od strony siedziska i wyoblone na kształt rury po jej stronie   | tak |  |
| 16 | Tylne nogi ustawione pod kątem do podłoża zaślepię plastikowymi stopkami w kształcie kopytka   | tak |  |
| 17 | Krzeseł dostawione do ściany zachowuje do niej dystans od oparcia wynoszący 20 mm  | tak |  |
| 18 | Krzeseła tapicerowane materiałem powlekanym zmywalnym z wytłoczoną fakturą zewnętrzną o wyglądzie tkaniny plecionej z nici (nie dopuszcza się materiału powlekanego o wyglądzie skóry) i parametrach nie gorszych niż: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ścieralność: min. 300 000 cykli</li> <li>• Trudnopalność ( BS EN 1021:1, BS EN 1021:2 lub normy równoważne)</li> <li>• Odporność na światło minimum &gt;7</li> <li>• Gramatura: min. 685 g/m<sup>2</sup></li> <li>• Skład: powłoka zewnętrzna 100% winyl, baza 100% poliester</li> <li>• Właściwości zmywalne w tym łagodnymi środkami chemicznymi</li> <li>• Duża odporność na różnice temperatury</li> <li>• Odporność na urynę i krew i pot</li> <li>• Bariera przed drobnoustrojami, przeciwbakteryjna i przeciwgrzybicza</li> </ul> | tak |  |
| 19 | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak |  |

Tabela nr 64

| TABORET Z OPARCIEM                  |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Taboret dla personelu medycznego do pomieszczeń szpitalnych  | tak                     |               |
| 2                                   | Konstrukcja taboretu wykonana ze stali nierdzewnej OH18N9  | tak                     |               |
| 3                                   | Siedzisko tapicerowane z regulacją wysokości   | tak                     |               |
| 4                                   | Siedzisko o średnicy 350 mm (+/- 20 mm) wykonane ze spienionego poliuretanu  | tak                     |               |
| 5                                   | Oparcie pleców posiadające regulację wysokości i możliwość jego odjęcia  | tak                     |               |
| 6                                   | Oparcie pleców wykonane ze spienionego poliuretanu   | tak                     |               |
| 7                                   | Regulacja wysokości realizowana za pomocą siłownika pneumatycznego przy pomocy dźwigni                                   | tak                     |               |
| 8                                   | Zakres regulacji wysokości min od 440 do 570 mm  | tak                     |               |
| 9                                   | Pięcioramienna podstawa o średnicy max 560 mm  | tak                     |               |
| 10                                  | Koła o średnicy min 50 mm, z których co najmniej 2 z blokadą   | tak                     |               |
| 11                                  | Wyrób klasyfikowany jako wyrób medyczny. Klasę wyrobu medycznego należy wpisać w odpowiedniej komórce formularza oferty. | tak                     |               |
| 12                                  | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |

Tabela nr 65

| FOTEL                               |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Fotel kubelkowy tapicerowany   | tak                     |               |
| 2                                   | Tapicerowany, pokryty tkaniną zmywalną.  | tak                     |               |
| 3                                   | Wysokość ok 770 mm. (+/- 20 mm)  | tak                     |               |
| 4                                   | Szerokość u podstawy 590 mm. (+/- 20 mm)   | tak                     |               |
| 5                                   | Głębokość u podstawy 505 mm. (+/- 20 mm)   | tak                     |               |
| 6                                   | Kolor: gama kolorystyczna pozwalająca na indywidualny dobór kolorów zapewniający harmonię mebli z kolorystyką wnętrza – uzgodnienie z Zamawiającym | tak                     |               |
| 7                                   | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak                     |               |



**CZĘŚĆ NR 2**

| POJEMNIKI DO TRANSPORTU ENDOSKOPÓW  |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Pojemnik uniwersalny przeznaczony do transportu endoskopów czystych i brudnych  | tak                     |               |
| 2                                   | Pojemnik wykonany z tworzywa sztucznego zapewniającego trwałość i lekkość konstrukcji, składający się z podstawy i oddzielnej pokrywy | tak                     |               |
| 3                                   | Pokrywa zamykana na zatrzask - klips po obu stronach  | tak/nie                 |               |
| 4                                   | Cały pojemnik łatwo zmywalny środkami chemicznymi, poddający się dezynfekcji  | tak                     |               |
| 5                                   | Uchwyt-rączka do przenoszenia pojemnika   | tak/nie                 |               |
| 6                                   | Kolor- przezroczysty  | tak                     |               |
| 7                                   | Pojemność-25-55L  | tak                     |               |
| 8                                   | Wymiary pojemnika: (długość x szerokość x wysokość )<br>780 x 390x 200 mm (+/- 40 mm)   | tak                     |               |
| 9                                   | W podstawie pojemnika kółka   | tak/nie                 |               |
| 10                                  | Możliwość ustawiana jeden na drugim   | tak                     |               |

**CZĘŚĆ NR 3**

| ZESTAW SOND DO BIMERA ARGONOWEGO    |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | 2 sondy argonowe i kabel do diatermii  | tak                     |               |
| 2                                   | Monopolarna, elastyczna sonda argonowa wielorazowego użytku, długość 2,2m, Ø2,3mm, wypływ gazu osiowy, zaokrąglona końcówka ceramiczna, sonda ze skalą, wtyczka płaska; przeznaczenie do min. 20 cykli sterylizacji  | tak                     |               |
| 3                                   | Monopolarna, elastyczna sonda argonowa wielorazowego użytku, długość 2,2m, Ø2,3mm, wypływ gazu boczny, zaokrąglona końcówka ceramiczna, sonda ze skalą, wtyczka płaska; przeznaczenie do min. 20 cykli sterylizacji  | tak                     |               |
| 4                                   | Kabel przyłączeniowy do sond argonowych dł. 2,5m, wtyczka od strony aparatu 3-bolcowa, przyłącze argonowe Luer Lock, od strony sondy wtyczka płaska, z funkcją automatycznego rozpoznawania i dobierania parametrów przez aparat; przeznaczenie do min. 100 cykli sterylizacji | tak                     |               |
| 5                                   | Sondy i kabel kompatybilne z posiadanym w Pracowni zestawem diatermia i bimer argonowy BOWA  | tak                     |               |

**CZĘŚĆ NR 4**

| APARAT AMBU Z MASKĄ                 |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Aparat Ambu z maskami - Resuscytator wielorazowy dla dorosłych   | tak                     |               |
| 2                                   | Korpus wykonany z przezroczystego silikonu   | tak                     |               |
| 3                                   | Zastawka nadciśnieniowa 60 cm H2O  | tak                     |               |
| 4                                   | Złącze do podawania tlenu  | tak                     |               |
| 5                                   | Rezerwuuar tlenowy   | tak                     |               |
| 6                                   | Maski twarzowe: nr 3, 4, 5 wykonane z przezroczystego materiału dla łatwiejszej obserwacji dróg oddechowych, z wywinętym silikonowym kołnierzem, szczelnie przylegającym do twarzy | tak                     |               |
| 7                                   | W komplecie dren tlenowy dł. min. 2 m., szczękorozerwieracz, min. 3 rurki ustno – gardłowe   | tak                     |               |
| 8                                   | Wszystkie elementy, poza rezerwuarem, drenem i rurkami, nadające się do sterylizacji w autoklawie w temperaturze min. 121° C   | tak                     |               |
| 9                                   | Zestaw umieszczony w lekkiej, przezroczystej walizce z tworzywa sztucznego   | tak                     |               |

|    |                            |     |  |
|----|----------------------------|-----|--|
| 10 | Gwarancja min. 24 miesiące | tak |  |
|----|----------------------------|-----|--|

**CZĘŚĆ NR 5**

| LARYNGOSKOP Z DWIEMA ŁYŻKAMI        |   |  |                            |
|-------------------------------------|---|--|----------------------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |  |                            |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |  |                            |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar  | Potwierdzenie/sposób oceny |
| 1                                   | Zestaw laryngoskopowy światłowodowy   | tak  |                            |
| 2                                   | Laryngoskop dla dorosłych spełniający standardy dla produktów medycznych  | tak  |                            |
| 3                                   | Na baterie 2 x R14  | tak  |                            |
| 4                                   | 3 rodzaje łyżek do laryngoskopu Macintosh w rozmiarach 2,3,4  | tak  |                            |
| 5                                   | Światłowód min. Śr. 3,0 mm, min. 3000 pojedynczych włókien  | tak  |                            |
| 6                                   | Łyżki z matowej stali nierdzewnej, która zapobiega refleksom światła  | tak  |                            |
| 7                                   | Oświetlenie > 3.500 Lux /dla rękojeści 2,5 V  | tak  |                            |
| 8                                   | Przeznaczone do sterylizacji w autoklawie do 134°C - ok. 4000 cykli   | tak  |                            |
| 9                                   | Łyżki kompatybilne ze wszystkimi rękojeściami w standardzie ISO 7376 (zielony standard zamka) oraz proponowaną rękojeścią   | tak  |                            |
| 10                                  | 1 x rękojeść światłowodowa bateryjna 2,5V, o średnicy 34 mm   | tak  |                            |
| 11                                  | Specjalna kapsuła dla żarówki ksenonowej - zapewnia bezpieczeństwo żarówki przy wymianie baterii oraz maksymalną przepuszczalność światła   | tak  |                            |
| 12                                  | Oświetlenie ksenonowe   | tak  |                            |
| 13                                  | Ryflowana powierzchnia antypoślizgowa rękojeści   | tak  |                            |
| 14                                  | Możliwość włączenia bezpośrednio po założeniu łyżki Macintosha  | tak  |                            |
| 15                                  | Zestaw umieszczony w estetycznym pudełku  | tak  |                            |
| 16                                  | Długość udzielanej gwarancji – min. 24 m-ce.<br><br>Kryterium „długość udzielonej gwarancji” będzie liczone na podstawie zaoferowanego przez wykonawców okresu udzielonej gwarancji powyżej wymaganego – 24 miesiące, nie dłuższego jednak niż 60 miesięcy. Ocenie poddany zostanie okres dodatkowej gwarancji wyrażony w miesiącach, powyżej 24 miesięcy (tj. od 1 do 36 miesięcy) | $G_{\text{badana}}$<br>----- x 20 pkt<br>$G_{\text{max}}$<br><br>$G_{\text{max}}$ – maksymalny okres dodatkowej gwarancji - 36 miesięcy<br>$G_{\text{badana}}$ – okres dodatkowej gwarancji badanej oferty (od 1 do 36 miesięcy) |                            |

**CZĘŚĆ NR 6**

| SZAFKA DO PRZECHOWYWANIA I SUSZENIA ENDOSKOPÓW |  |                         |  |
|--|--|-------------------------|--|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:            |  |                         |  |
| Producent/kraj pochodzenia:                    |  |                         |  |
| Lp.  | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie /Sposób oceny                    |
| 1  | Urządzenia fabrycznie nowe z 2020 roku   | tak podać               |  |
| 2  | Automatyczne suszenie i przechowywanie endoskopów  | tak                     |  |
| 3  | Automatyczna kontrola i monitorowanie procesu suszenia i przechowywania  | tak                     |  |
| 4  | Suszenie endoskopów powietrzem klasy medycznej bez konieczności podgrzewania powietrza w celu zminimalizowania ryzyka wtórnej kontaminacji | tak                     |  |
| 5  | Możliwość programowania czasu suszenia i przechowywania  | tak                     |  |
| 6  | Raport z badań potwierdzających czystość mikrobiologiczną, przeprowadzonych dla minimum 10 dniowego okresu przechowywania endoskopów       | tak, podać              | 10 -12 dni – 0 pkt<br>13 i więcej dni – 10 pkt |
| 7  | Badania mikrobiologiczne skuteczności szafy wykonane z użyciem medycznych endoskopów giętkich  | tak                     |  |
| 8  | Wymiary szafy<br>max.: szer.: 1300 mm, głęb. 500mm,<br>wys: 2300mm<br>min.szer.-1300mm, głęb - 450mm, wys-2070 mm                          | tak, podać              |  |
| 9  | Waga max: 300 kg w celu możliwości łatwego przestawiania.  | tak, podać              |  |

|    |   |            |                              |
|----|---|------------|------------------------------|
| 10 | Głębokość komory suszenia, umożliwiająca łatwe ułożenie endoskopów, min.: 350 mm  | tak, podać |                              |
| 11 | Pojemność komory suszenia, umożliwiająca poprawne ułożenie endoskopów, min.: 0,65 m <sup>3</sup>  | tak, podać |                              |
| 12 | Utrzymywanie nadciśnienie wewnątrz komory suszenia  | tak        |                              |
| 13 | Szerokość miejsca na endoskop min. 80mm w celu łatwego zawieszania endoskopów   | tak, podać |                              |
| 14 | Liczba miejsc na endoskopy min: 8 (+),  | tak, podać |                              |
| 15 | Możliwość rozbudowy o dodatkową komorę pasywną na 4 endoskopy korzystającą z jednej wspólnej jednostki sterująco-zasilającej.   | tak        |                              |
| 16 | Możliwość rozbudowy o dodatkową komorę pasywną na 8 endoskopów korzystającą z jednej wspólnej jednostki sterująco-zasilającej   | tak/nie    | TAK – 5 pkt<br>NIE – 0 pkt   |
| 17 | Przechowywanie endoskopów w pozycji pionowej  | tak        |                              |
| 18 | Monitorowany przepływ powietrza przez każdy endoskop  | tak        |                              |
| 19 | Możliwość zaprogramowania czasu suszenia  | tak        |                              |
| 20 | Możliwość suszenia do min. 120 minut  | tak, podać |                              |
| 21 | Zasilanie 230 V   | tak        |                              |
| 22 | Podłączenie do sieci jednofazowej L1, N, PE   | tak        |                              |
| 23 | Podłączenie do sieci komputerowej LAN RJ45  | tak        |                              |
| 24 | Maksymalny pobór mocy 250 wat, w celu ograniczenia ciepła wydzielanego do pomieszczenia w którym znajduje się szafa   | tak, podać |                              |
| 25 | Podłączenie do sprężonego powietrza klasy medycznej punkt rosy -43°C, ciśnienie 3-8 barów   | tak        |                              |
| 26 | Podłączenie do powietrza medycznego za pomocą szybkozłączki lub za pomocą zaworu z gwintem  | tak        |                              |
| 27 | Maksymalne zapotrzebowanie na powietrze 100 l/min   | tak, podać |                              |
| 28 | Filtr HEPA min. 0,3µ  | tak, podać |                              |
| 29 | Klasa filtra min. H13   | tak, podać |                              |
| 30 | Konstrukcja bez agregatu w celu ograniczenia hałasu oraz wydzielania ciepła do pracowni   | tak        |                              |
| 31 | Szafa bezobsługowa, nie wymaga od użytkownika czynności serwisowych np. opróżniania skroplin  | tak        |                              |
| 32 | Zaokrąglone naroża w celu zapewnienia skutecznego czyszczenia   | tak/nie    | TAK – 5 pkt.<br>NIE – 0 pkt. |
| 33 | Czytnik RFID do identyfikacji osoby obsługującej i endoskopu w celu śledzenia drogi endoskopów w procesie przygotowania ich do ponownego użycia   | tak        |                              |
| 34 | Czytnik RFID szafy kompatybilny z chipami RFID posiadanych endoskopów   | tak        |                              |
| 35 | Przeszkłone drzwi umożliwiające wgląd do szafy bez jej otwierania   | tak        |                              |
| 36 | Oświetlenie wewnętrzne komory   | tak        |                              |
| 37 | Automatycznie uruchamiane oświetlenie szafy po otwarciu drzwi   | tak        |                              |
| 38 | System podświetlania wiszących endoskopów różnymi kolorami w zależności od stanu endoskopu: endoskop w stanie suszenia (niebieski), endoskop w stanie przechowywania (zielony), endoskop z przekroczonym czasem przechowywania (czerwony) | tak        |                              |
| 39 | Panel sterowania w postaci ekranu dotykowego LCD  | tak        |                              |
| 40 | Panel sterowania pokazujący wykorzystany czas przechowywania oraz czas pozostały.   | tak        |                              |
| 41 | Wyświetlanie wartości nadciśnienia  | tak        |                              |
| 42 | Wyświetlanie wartości temperatury   | tak        |                              |
| 43 | Wyświetlanie wartości wilgotności względnej   | tak        |                              |

|             |   |     |  |
|-------------|---|-----|--|
| 44          | Wyświetlanie godziny i daty   | tak |  |
| 45          | Alarm otwartych drzwi   | tak |  |
| 46          | Alarm braku nadciśnienia  | tak |  |
| 47          | Alarm braku przepływu powietrza   | tak |  |
| 48          | Alarm awarii zasilania  | tak |  |
| 49          | Alarm przekroczonego czasu przechowywania   | tak |  |
| 50          | Alarm przekroczonej dopuszczalnej wilgotności   | tak |  |
| 51          | Alarm przekroczonej temperatury maksymalnej   | tak |  |
| 52          | Dostęp do szafy po sczytaniu personalnej karty chipowej   | tak |  |
| 53          | Dostęp serwisowy do urządzeń monitorujących proces suszenia i przechowywania przez szufladę znajdującą się obok szafy, bez konieczności otwierania komory i narażania endoskopów na kontaminację.   | tak |  |
| 54          | Dokumentacja procesu w posiadanym przez Zamawiającego systemie dokumentacji badań z możliwością zaprogramowania adnotacji o zdezynfekowanym endoskopie na raporcie badania pacjenta   | tak |  |
| 55          | Pełna integracja z systemem dokumentacji badań posiadanym przez Zamawiającego   | tak |  |
| 56          | W zestawie adaptery do podłączenia posiadanych endoskopów   | tak |  |
| <b>INNE</b> |   |     |  |
| 57          | Sprzęt kompletny i gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów  | tak |  |
| 58          | Długość udzielanej gwarancji – min. 24 m-ce.<br><br>Kryterium „długość udzielonej gwarancji” będzie liczone na podstawie zaoferowanego przez wykonawców okresu udzielonej gwarancji powyżej wymaganego – 24 miesięcy, nie dłuższego jednak niż 60 miesięcy. Ocenie poddany zostanie okres dodatkowej gwarancji wyrażony w miesiącach, powyżej 24 miesięcy (tj. od 1 do 36 miesięcy) |     | $G_{\text{badana}}$<br>----- x 10 pkt<br>$G_{\text{max}}$<br><br>$G_{\text{max}}$ – maksymalny okres dodatkowej gwarancji - 36 miesięcy<br>$G_{\text{badana}}$ – okres dodatkowej gwarancji badanej oferty (od 1 do 36 miesięcy) |
| 59          | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu przeprowadzone w miejscu instalacji aparatu.  | tak |  |
| 60          | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim   | tak |  |
| 61          | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzone wpisem do paszportu urządzenia.  | tak |  |
| 62          | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę  | tak |  |
| 63          | Wsparcie serwisowe oraz dostępność części zamiennych co najmniej przez 7 lat po zakupie urządzenia  | tak |  |

**CZĘŚĆ NR 7**

| <b>APARAT DO ZNIECZULENIA Z MONITOREM</b> |  |                         |                                   |
|---|--|-------------------------|-----------------------------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:       |  |                         |                                   |
| Producent/kraj pochodzenia:               |  |                         |                                   |
| Lp.                                       | Opis przedmiotu zamówienia                       | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie /Parametry oceniane |
| I   | Aparat do znieczuleń                             |                         |                                   |
| 1   | Masa do 150 kg                                   | tak                     |                                   |
| 2   | Zasilanie AC 230 V 50 Hz                         | tak                     |                                   |
| 3   | Aparat do znieczulania ogólnego w formie jezdnej | tak                     |                                   |
| 4   | Szuflada/szuflady na drobne akcesoria            | tak                     |                                   |

|     |  |     |                               |
|-----|--|-----|-------------------------------|
| 5   | Dodatkowe gniazda elektryczne 230 V (min. 3 gniazda)   | tak |                               |
| 6   | Zasilanie gazowe (O <sub>2</sub> , N <sub>2</sub> O, Powietrze) z sieci centralnej podłączane do gniazd poboru   | tak |                               |
| 7   | Awaryjne zasilanie elektryczne całego systemu na min. 30 minut   | tak |                               |
| 8   | Ssak inżektorowy zintegrowany z aparatem, napędzany powietrzem z sieci centralnej (ssak zasilany z aparatu) z regulacją siły ssania, z 1 litrowym zbiornikiem oraz zapasowym 1 litrowym zbiornikiem, do stosowania wkładów jednorazowych na wydzieliny | tak |                               |
| 9   | Uchwyt do przynajmniej dwóch parowników mocowanych jednocześnie, szyna typu Selectatec lub równoważna  | tak |                               |
| II  | System dystrybucji gazów   |     |                               |
| 10  | Precyzyjne, elektroniczne przepływomierze dla tlenu, podtlenku azotu i powietrza z możliwością zapamiętania przez aparat lub eksportu danych dotyczących zużycia gazów   | tak |                               |
| 11  | Precyzyjny pneumatyczny mieszalnik świeżych gazów sterowany elektronicznie   | tak |                               |
| 12  | System automatycznego utrzymywania minimalnego stężenia tlenu w mieszaniu oddechowej na poziomie, co najmniej 25%  | tak |                               |
| 13  | Kalibracja przepływomierzy dostosowana do znieczulania z niskimi i minimalnymi przepływami minimalny przepływ świeżych gazów 200 ml/min lub niższy   | tak |                               |
| 14  | Regulowana zastawka nadciśnieniowa APL   | tak |                               |
| III | Układ oddechowy  |     |                               |
| 15  | Kompaktowy układ oddechowy okrężny do wentylacji dorosłych, dzieci i noworodków  | tak |                               |
| 16  | Autoklawowalny układ oddechowy o prostej budowie, małej ilości części, łatwy do wymiany i sterylizacji. Wymiana układu bez narzędzi. Układ pozbawiony lateksu.   | tak |                               |
| 17  | Pojemność układu oddechowego nie większa niż 3,2 litra   | -   | Tak – 10 pkt.<br>Nie – 0 pkt. |
| 18  | Obejście tlenowe o dużej wydajności min. 25-75 L/min..   | tak |                               |
| 19  | Wielorazowy pochłaniacz dwutlenku węgla o obudowie przeziernej i pojemności maksymalnie do 1,5 litra   | tak |                               |
| 20  | Kondensator wody wbudowany w zbiornik na wapno, (rezewuar na dole pochłaniacza i w uchwycie)   | -   | Tak – 10 pkt.<br>Nie – 0 pkt. |
| 21  | Aparat z autoklawowalnymi czujnikami przepływu   | tak |                               |
| 22  | Eliminacja gazów anestetycznych poza salę operacyjną   | tak |                               |
| 23  | Respirator o sterowaniu elektronicznym, napęd respiratora pneumatyczny lub elektryczny   | tak |                               |
| 24  | Respirator napędzany tlenem lub powietrzem   | -   | Tak – 10 pkt.<br>Nie – 0 pkt. |
| IV  | Tryby wentylacji   |     |                               |
| 25  | Tryb ręczny  | tak |                               |
| 26  | Oddech spontaniczny  | tak |                               |
| 27  | Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV) w trybie objętościowym  | tak |                               |
| 28  | Synchronizowana przerywana wentylacja wymuszona (SIMV) w trybie ciśnieniowym   | tak |                               |
| 29  | Wentylacja kontrolowana objętością   | tak |                               |

|     |   |     |                               |
|-----|---|-----|-------------------------------|
| 30  | Wentylacja kontrolowana ciśnieniem  | tak |                               |
| 31  | Możliwość rozbudowy o tryb pracy typu: HLM, CBM (płucoserce), Cardiac Bypass  | tak |                               |
| 32  | Przełączenie wentylacji z ręcznej na mechaniczną i wentylacji mechanicznej na ręczną przy pomocy dźwigni                              | -   | Tak – 10 pkt.<br>Nie – 0 pkt. |
| V   | Regulacje   |     |                               |
| 33  | Reg. stosunku wdechu do wydechu: min. 2:1 do 1:8 (podać zakres)   | tak |                               |
| 34  | Reg. częstości oddechu min. od 4 do 100 l/min (podać zakres)  | tak |                               |
| 35  | Reg. objętości oddechowej tryb VCV min. od 20 do 1400 ml  | tak |                               |
| 36  | PEEP — dodatnie ciśnienie końcowo wydechowe w zakresie min. od 4 do 20 cmH2O  | tak |                               |
| 37  | Regulacja ciśnienia wdechu przy PCV min.: od 5 do 60 H2O  | tak |                               |
| 38  | Regulacja Plateau wdechu w zakresie min. od 5 do 60 % czasu wdechu  | tak |                               |
| 39  | Regulacja czułości wyzwalacza przepływowego przy SIMV w zakresie od min. 0,3 do 10 l/min  | tak |                               |
| VI  | Alarmy  |     |                               |
| 40  | Niskiej objętości minutowej   | tak |                               |
| 41  | Niskiej i wysokiej objętości TV   | -   | Tak – 10 pkt.<br>Nie – 0 pkt. |
| 42  | Alarm minimalnego i maksymalnego ciśnienia wdechowego   | tak |                               |
| 43  | Alarm braku zasilania w energię elektryczną   | tak |                               |
| 44  | Alarm braku zasilania w gazy  | tak |                               |
| 45  | Alarm Apnea ciśnienie, objętość, CO2  | tak |                               |
| 46  | Możliwość automatycznego ustawienia granic alarmowych   | tak |                               |
| VII | Pomiar i obrazowanie w aparacie do znieczulania   |     |                               |
| 47  | Stężenia tlenu w gazach oddechowych (wdechowe i wydechowe), pomiar paramagnetyczny, bez czujników zużywalnych, galwanicznych          | tak |                               |
| 48  | Pomiar objętości oddechu Vt   | tak |                               |
| 49  | Pomiar objętości minutowej MV   | tak |                               |
| 50  | Pomiar częstości oddechowej f   | tak |                               |
| 51  | Ciśnienia szczytowego   | tak |                               |
| 52  | Ciśnienia średniego   | tak |                               |
| 53  | Ciśnienia PEEP  | tak |                               |
| 54  | Analiza MAC z uwzględnieniem wieku pacjenta   | tak |                               |
| 55  | Kapnografia i kapnometria (stężenie wdechowe i wydechowe)   | tak |                               |
| 56  | Stężenia lotnych anestetyków (stężenie wdechowe i wydechowe) z automatyczną detekcją zastosowanego środka                             | tak |                               |
| 57  | Prezentacja wartości ciśnienia w butlach awaryjnych na ekranie respiratora  | tak |                               |
| 58  | Automatyczne skalkulowanie parametrów wentylacji po wprowadzeniu wagi pacjenta  | tak |                               |
| 59  | Prezentacja min. pętli ciśnienie/ objętość, objętość/ przepływ  | tak |                               |
| VII | INNE  |     |                               |
| 60  | Kolorowy dotykowy ekran główny (nie powielający) respiratora służący do nastaw i prezentacji parametrów, LCD, przekątna min. 15 cali. | tak |                               |

|     |  |     |                               |
|-----|--|-----|-------------------------------|
|     | Rozdzielczość min.1024x768 pikseli. Sterownie dotykowe, poprzez przyciski i pokrętko. Ekran niewbudowany w korpus aparatu.   |     |                               |
| 61  | Ekran na ruchomym wysięgniku ułatwiającym zmianę jego położenia podczas znieczulenia w poziomie i na boki  | -   | Tak – 10 pkt.<br>Nie – 0 pkt. |
| 62  | Ekran respiratora wyposażony w pamięć przynajmniej 4 konfiguracji ekranu z możliwością ich edycji przez użytkownika  | -   | Tak – 10 pkt.<br>Nie – 0 pkt. |
| 63  | Węże wysokociśnieniowe (O <sub>2</sub> , N <sub>2</sub> O, AIR), kodowane kolorami   | tak |                               |
| 64  | Dodatkowy niezależny, zintegrowany przepływomierz do podaży O <sub>2</sub> w zakresie 0-10 l/min.  | tak |                               |
| 65  | Test kontrolny aparatu sprawdzający poprawność działania urządzenia z dziennikiem testu dostępnym na wyświetlaczu aparatu.   | tak |                               |
| 66  | Test kontrolny parowników aparatu do znieczulenia  | -   | Tak – 10 pkt.<br>Nie – 0 pkt. |
| IX  | Monitor parametrów życiowych   |     |                               |
| 67  | Monitor pacjenta umożliwia podłączenie do klinicznych systemów informatycznych zbierających parametry życiowe pacjenta, zapewnia przesyłanie do nich parametrów z kardiomonitora oraz aparatu do znieczulania, w celu umożliwienia prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. | tak |                               |
| 68  | Monitor pacjenta umożliwia monitorowanie stacjonarne oraz w trakcie transportu   | tak |                               |
| 69  | Monitor pacjenta modułowy. Dotyczy sprzętu i oprogramowania. Poszczególne moduły pomiarowe przenoszone między monitorami i podłączane bez udziału serwisu.   | tak |                               |
| 70  | Moduły pomiarowe jedno i wieloparametrowe, przenoszone pomiędzy stanowiskami.  | tak |                               |
| 71  | Możliwość podłączenia ekranu kopiującego   | tak |                               |
| 72  | Cały system chłodzony konwekcyjnie, bez użycia wentylatorów  | tak |                               |
| X   | Praca w sieci centralnego monitorowania  |     |                               |
| 73  | Monitor pacjenta przystosowany do pracy w przewodowej sieci centralnego monitorowania zgodnej ze standardem Ethernet   | tak |                               |
| 74  | Monitory przystosowane do podglądu danych z pozostałych monitorów pacjenta tego samego typu pracujących w sieci centralnego monitorowania (przebiegi krzywych dynamicznych, wartości parametrów, alarmy w czasie rzeczywistym)   | tak |                               |
| XI  | Montaż   |     |                               |
| 75  | Monitor pacjenta mocowany do oferowanych aparatów do znieczulania, dostępne również systemy montażu na ścianę.   | tak |                               |
| 76  | Monitor pacjenta (lub moduł transportowy) mocowany, w sposób zapewniający szybkie rozpoczęcie transportu pacjenta  | tak |                               |
| XII | Specyfikacja monitora  |     |                               |
| 77  | Monitor przystosowany do transportu: wygodny uchwyt umożliwiający użycie dwóch rąk jednocześnie, waga max. 6 kg.   | tak |                               |
| 78  | Duże, czytelne światło alarmu - widoczność 360 stopni. Kolor alarmu zależny od stopnia ważności.   | tak |                               |
| 79  | Akumulator wymienny przez użytkownika, bez potrzeby rozkręcania monitora, o czasie pracy minimum 105   | tak |                               |

|      |  |     |  |
|------|--|-----|--|
|      | minut, z możliwością rozbudowy o kolejny akumulator działający niezależnie - łączny czas pracy min. 210 minut  |     |  |
| 80   | Wskaźnik naładowania akumulatora bezpośrednio na akumulatorze - niezależnie od monitora głównego. Możliwość ciągłego wyświetlania na ekranie stanu naładowania baterii wraz z pozostałym czasem zasilania, wraz z podglądem wszystkich innych mierzonych parametrów. | tak |  |
| 81   | Wszystkie mierzone parametry wyświetlane jednocześnie na ekranie.  | tak |  |
| 82   | Klawisze bezpośredniego dostępu na ekranie dotykowym monitora: NIBP start/stop, NIBP pomiar auto, wyciszenie alarmów, powrót do ekranu głównego, trendy  | tak |  |
| 83   | Kardiomonitor z możliwością rozbudowy o port synchronizacji z defibrylatorem.  | tak |  |
| 84   | Porty pomiarowe kodowane za pomocą różnych kolorów, w celu ułatwienia identyfikacji odpowiednich akcesoriów.   | tak |  |
| 85   | Ekran monitora LCD TFT wysokiej jakości, o przekątnej min. 12" i rozdzielczości min. 1024x768.   | tak |  |
| 86   | Kardiomonitor z możliwością wyświetlania 6 krzywych bez odpowiadających im parametrów cyfrowych lub 5 krzywych z odpowiadającymi im 4 parametrami cyfrowymi  | tak |  |
| XIII | Ustawienia   |     |  |
| 87   | Możliwość nawigacji menu monitora z automatyczną rekonfiguracją ekranu umożliwiającą jednoczesny podgląd wszystkich mierzonych parametrów i krzywych.  | tak |  |
| 88   | Automatyczna rekonfiguracja ekranu po pojawieniu się nowych mierzonych parametrów (modułu, przewody).  | tak |  |
| 89   | Min. 7 różnych konfigurowalnych trybów monitora, umożliwiających zapis różnych ustawień ekranu (kolory, parametry, krzywe, limity alarmowe).   | tak |  |
| 90   | Szybka zmiana między trybami podczas przyjęcia pacjenta, możliwość wyboru trybu startowego.  | tak |  |
| XIV  | Alarmy   |     |  |
| 91   | Alarmy wizualne i dźwiękowe, schemat uzależniony od stopnia alarmu. Alarm reprezentowany przez: informację tekstową migającą wartość parametru, który przekroczył granicę alarm dźwiękowy o zróżnicowanym sygnale w zależności od stopnia                            | tak |  |
| 92   | min. 3 kategorie alarmów, dodatkowo alarmy informacyjne (techniczne)   | tak |  |
| 93   | Ręczne i automatyczne ustawienie granic alarmowych - automatyczne dopasowanie w zależności od obecnie wskazywanych wartości  | tak |  |
| 94   | Pauza alarmu min. 2 min.   | tak |  |
| 95   | Historia alarmów min. 20 przypadków z zapisem daty, stopnia oraz opisem alarmu.  | tak |  |
| XV   | Trendy   |     |  |
| 96   | Trendy numeryczne i graficzne z min. 72h (także trendy ST), rozdzielczość min. 1 min.  | tak |  |
| 97   | Trendy, które obejmują cztery strony trendów, z których każdy zawiera maksymalnie cztery pola przedstawiające różne parametry  | tak |  |
| 98   | Możliwość wyświetlania minitrendów (wraz z   | tak |  |



|       |  |            |                               |
|-------|--|------------|-------------------------------|
|       | pozostałymi mierzonymi parametrami i krzywymi) długości min. 30 min.   |            |                               |
| 99    | Autotest monitora zwiększający bezpieczeństwo - opisz procedurę testową.   | tak        |                               |
| 100   | Możliwość rozbudowy o min. 3 kanałowy rejestrator termiczny, wbudowany w monitor - wydruk możliwy podczas transportu.  | tak        |                               |
| XVI   | EKG  |            |                               |
| 101   | Pomiar EKG z 3 lub 5 elektrod  | tak        |                               |
| 102   | Możliwość wyświetlania 3 różnych odprowadzeń (w przypadku 5 elektrod) jednocześnie, lub prezentacji EKG w formie kaskady na min. 3 polach krzywych.  | tak        |                               |
| 103   | Częstość akcji serca min. 30 -300 ud./min.   | tak        |                               |
| 104   | Izolacja zabezpieczając przed impulsem defibrylującym min. 5000V   | tak        |                               |
| 105   | Możliwość wyświetlania siatki EKG  | tak        |                               |
| 106   | Możliwość regulacji głośności tonu QRS.  | tak        |                               |
| 107   | Detekcja stymulatora, prezentacja stymulacji na krzywej EKG.   | tak        |                               |
| 108   | Częstość oddechowa mierzona metodą impedancyjną z elektrod EKG.  | tak        |                               |
| 109   | Częstość oddechu min. 4-120 dla pacjentów dorosłych i neonatologicznych  | tak        |                               |
| XVII  | Pomiar SpO2  |            |                               |
| 110   | Prezentacja krzywej pletyzmograficznej oraz wartości saturacji.  | tak        |                               |
| 111   | Pomiar wysycenia hemoglobiny tlenem, z wykorzystaniem algorytmu typu Masimo Rainbow SET lub TruSignal lub równoważnymi   | podać      | Tak – 10 pkt.<br>Nie - 0      |
| 112   | Zakres SpO2 min. 0-100%  | tak        |                               |
| XVIII | NIBP   |            |                               |
| 113   | Algorytm pomiarowy odporny na zakłócenia, artefakty i niemiarową akcję serca. Pomiar NIBP metodą oscylometryczną, technika dwutubowa (oddzielnie inflacja i deflacja) w celu zwiększenia dokładności i bezpieczeństwa  | -          | Tak – 10 pkt.<br>Nie – 0 pkt. |
| 114   | Zakres pomiaru NIBP min. 15 - 260 mmHg   | tak        |                               |
| 115   | Pomiar NIBP ręczny lub automatyczny w zakresie min. 1 - 120 min.   | tak        |                               |
| 116   | Możliwość programowania serii cykli o równym jednakowym interwale czasowym   | tak        |                               |
| 117   | Możliwość zastopowania inflacji w dowolnym momencie przy pomocy przycisku funkcyjnego.   | tak        |                               |
| XIX   | Pozostałe  |            |                               |
| 118   | Możliwość rozbudowy o monitorowanie głębokości uśpienia. Pomiar SE,RE, BSR realizowany z wykorzystaniem modułu oferowanego systemu monitorowania   | -          | Tak – 10 pkt.<br>Nie – 0 pkt. |
| 119   | Pomiar zwiótczenia mięśni przez monitorowanie transmisji nerwowo-mięśniowej NMT. Pomiar realizowany z wykorzystaniem modułu oferowanego systemu monitorowania lub przez zewnętrzne urządzenie zapewniające wyświetlanie monitorowanych parametrów na ekranie oferowanego monitora pacjenta i zapisywanie wartości w pamięci trendów monitora | tak, podać |                               |
| 120   | Monitorowanie poziomu analgezji metodą analizy reakcji pacjenta na bodźce nocyceptywne. Pomiar realizowany z wykorzystaniem modułu oferowanego   | tak, podać |                               |

|     |  |           |  |
|-----|--|-----------|--|
|     | systemu monitorowania lub pomiar bólu opartego na technologii ANI przy pomocy zewnętrznego urządzenia  |           |  |
| 121 | Monitorowanie poziomu analgezji z wykorzystaniem czujnika saturacji, bez konieczności wykorzystywania dodatkowych akcesoriów   | -         | Tak – 10 pkt.<br>Nie – 0 pkt.  |
| 122 | Monitor kompletny i gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).  | tak       |  |
| 123 | Aparat i monitor wykonane według najnowszych zaleceń bez stosowania substancji potencjalnie toksycznych. Zgodny z RoHS.  | tak       |  |
| XX  | Inne wymagania   |           |  |
| 124 | Instrukcja obsługi w języku polskim (dopuszcza się załączenie w formie elektronicznej na płycie CD-R) dostarczona wraz z dostawą aparatu.  | tak       |  |
| 125 | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji – 2020 - 2021 r., nie powystawowy, nie rekondycjonowany  | tak       |  |
| 126 | Dostawca zobowiązuje się do: dokonania instalacji we wskazanym miejscu przez Zamawiającego, dokonania szkolenia w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia   | tak       |  |
| XXI | Warunki serwisowe  |           |  |
| 127 | Długość udzielanej gwarancji – min. 24 mce, obejmujący naprawy i przeglądy okresowe urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta oraz dojazd serwisu i robocizniny<br><br>Kryterium „długość udzielonej gwarancji” będzie liczone na podstawie zaoferowanego przez wykonawców okresu udzielonej gwarancji powyżej wymaganego – 24 miesięcy, nie dłuższego jednak niż 60 miesięcy. Ocenie poddany zostanie okres dodatkowej gwarancji wyrażony w miesiącach, powyżej 24 miesięcy (tj. od 1 do 36 miesięcy) | tak podać | $G_{badana}$<br>----- x 10 pkt<br>$G_{max}$<br><br>$G_{max}$ – maksymalny okres dodatkowej gwarancji - 36 miesięcy<br>$G_{badana}$ – okres dodatkowej gwarancji badanej oferty (od 1 do 36 miesięcy) |
| 128 | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48 h) w dni robocze (pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy)  | tak podać |  |
| 129 | Godziny i sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach.   | podać     |  |
| 130 | Czas naprawy gwarancyjnej, po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji  | podać     |  |
| 131 | Liczba napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu/elementu uprawniająca do wymiany podzespołu/elementu na nowy - maksymalnie 2  | tak podać |  |
| 132 | Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z przeglądami, dojazdem i usunięciem usterki  | tak podać |  |
|     |  |           | max 130 pkt  |

**CZĘŚĆ NR 8****DEFIBRYLATOR**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia:

Producent/kraj pochodzenia:

| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
|-----|---|-------------------------|---------------|
| I   | Defibrylator  |                         |               |
| 1   | Ekran kolorowy typu TFT o przekątnej minimum 7"                     | tak                     |               |
| 2   | Możliwość wyświetlania na ekranie 3 krzywych dynamicznych.          | tak                     |               |
| 3   | Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej | tak                     |               |
| 4   | Dwufazowa fala defibrylacji   | tak                     |               |
| 5   | Defibrylacja ręczna w zakresie min. od 1 do 360 J                   | tak                     |               |
| 6   | Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej                        | tak                     |               |

|    |   |     |  |
|----|---|-----|--|
| 7  | Czas ładowania do energii maksymalnej 200J poniżej 3 sekund   | tak |  |
| 8  | Możliwość wyboru jednego spośród min. 20 poziomów energii defibrylacji  | tak |  |
| 9  | Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodny z aktualnymi wytycznymi ERC/AHA z 2015 roku   | tak |  |
| 10 | Energia defibrylacji w trybie AED min. od 10 do 360 J   | tak |  |
| 11 | W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią od 10 do 360J  | tak |  |
| 12 | Możliwość wykonania defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych  | tak |  |
| 13 | Dźwiękowe i tekstowe komunikaty w języku polskim prowadzące użytkownika przez proces defibrylacji półautomatycznej  | tak |  |
| 14 | Przycisk rozładowania energii   | tak |  |
| 15 | Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylacyjnych   | tak |  |
| 16 | Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta na ekranie defibrylatora  | tak |  |
| 17 | Możliwość wykonania kardiowersji  | tak |  |
| 18 | Monitorowanie EKG min. z 3/7 odprowadzeń, w wyposażeniu rozłączny kabel EKG 5 odprowadzeniowy   | tak |  |
| 19 | Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie od 15-350 B/min.  | tak |  |
| 20 | Wzmocnienie sygnału: x0,25; x0,5; x1; x2; x4; Auto  | tak |  |
| 21 | Monitorowanie oddechu z elektrod EKG  | tak |  |
| 22 | Stymulacja zewnętrzna nieinwazyjna, w wyposażeniu 1 kpl. elektrod jednorazowych do stymulacji z kablem połączeniowym  | tak |  |
| 23 | Tryby stymulacji: sztywny i na żądanie  | tak |  |
| 24 | Natężenie prądu stymulacji w zakresie min. od 1 do 200 mA   | tak |  |
| 25 | Zakres częstości stymulacji w zakresie min. od 30 do 210 imp/min  | tak |  |
| 26 | Pomiar saturacji za pomocą czujnika na palec dla dorosłych, w wyposażeniu czujnik z kablem połączeniowym  | tak |  |
| 27 | Prezentacja wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie   | tak |  |
| 28 | Pomiar nieinwazyjnego ciśnienia krwi (NIBP): metoda pomiaru oscylometryczna, zakres pomiaru od 10-290 mmHg, pomiar ręczny i automatyczny. W wyposażeniu przewód połączeniowy i 2 mankiety dla dorosłych: duży i średni. | tak |  |
| 29 | Ręczne i automatyczne ustawianie granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów   | tak |  |
| 30 | Wbudowana drukarka termiczna  | tak |  |
| 31 | Papier do drukarki o szerokości min. 50 mm  | tak |  |
| 32 | Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych   | tak |  |
| 33 | Archiwizacja danych: min. 100 pacjentów   | tak |  |
| 34 | Pamięć min. 48 godzinne trendów, 24 godz. ciągłego zapisu EKG   | tak |  |
| 35 | Eksport danych za pomocą pamięci typu Pendrive  | tak |  |
| 36 | Możliwość rozbudowy o transmisję bezprzewodową  | tak |  |
| 37 | Możliwość rozbudowy o czujnik monitorowania jakości uciśnień z wyświetlaniem krzywej głębokości uciśnień na ekranie   | tak |  |
| 38 | Ładowanie akumulatora od 0 do 100 % pojemności w czasie do 4 godzin   | tak |  |
| 39 | Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci   | tak |  |
| 40 | Akumulator litowo-jonowy bez efektu pamięci z możliwością wymiany bez użycia dodatkowych narzędzi   | tak |  |
| 41 | Czas pracy na bateriach dla urządzenia min. 360 minut monitorowania   | tak |  |
| 42 | Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230 V  | tak |  |
| 43 | Możliwość wykonania min. 300 defibrylacji z energią 200 J na w pełni naładowanych akumulatorach   | tak |  |
| 44 | Programowanie codziennego, automatycznie wykonywanego testu, niewymagającego ręcznego włączenia defibrylatora - przy  | tak |  |

|                          |  |           |  |
|--------------------------|--|-----------|--|
|                          | zamontowanych akumulatorach i podłączeniu do sieci elektrycznej (pełny test). Możliwość zlecenia automatycznego wydruku wyniku autotestu lub późniejszego wydruku z pamięci defibrylatora.   |           |  |
| 45                       | Uchwyt na ramę łóżka   | tak       |  |
| 46                       | Masa defibrylatora z akumulatorem i łyżkami max. 6,5 kg  | tak       |  |
| II                       | Wózek z wyposażeniem:  | tak/nie   | Tak – 20 pkt.<br>Nie – 0 pkt   |
| 47                       | Stelaż z profilu aluminiowego, lakierowanego proszkowo, umożliwiający dowolną regulację umieszczenia szuflady oraz mocowanie wyposażenia dodatkowego.  | tak       |  |
| 48                       | Szuflada, 2 uchwyty do prowadzenia wózka   | tak       |  |
| 49                       | Błat, szuflada i podstawa stalowe, lakierowane proszkowo, blat z pogłębieniem zapobiegającym zsuwaniu się sprzętu.   | tak       |  |
| 50                       | Podstawa wyposażona w koła o średnicy min. 75 mm, w tym min. 2 z blokadą.  | tak       |  |
| 51                       | Wysokość 800 mm +/- 5%, wymiar blatu: dostosowany do wymiarów defibrylatora.   | tak       |  |
| 52                       | Mankiet duży, bez lateksu (obwód ramienia 33-47cm)   | tak       |  |
| 53                       | Mankiet mały, bez lateksu (obwód ramienia 18-26cm)   | tak       |  |
| <b>Warunki serwisowe</b> |  |           |  |
| 55                       | Długość udzielanej gwarancji – min. 24 mce, obejmujący naprawy i przeglądy okresowe urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta oraz dojazd serwisu i roboczogodziny<br><br>Kryterium „długość udzielonej gwarancji” będzie liczone na podstawie zaferowanego przez wykonawców okresu udzielonej gwarancji powyżej wymaganego – 24 miesięcy, nie dłuższego jednak niż 60 miesięcy. Ocenie poddany zostanie okres dodatkowej gwarancji wyrażony w miesiącach, powyżej 24 miesięcy (tj. od 1 do 36 miesięcy) | tak podać | $G_{\text{badana}}$<br>----- x 10 pkt<br>$G_{\text{max}}$<br><br>$G_{\text{max}}$ – maksymalny okres dodatkowej gwarancji - 36 miesięcy<br>$G_{\text{badana}}$ – okres dodatkowej gwarancji badanej oferty (od 1 do 36 miesięcy) |
| 56                       | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie z podjęciem naprawy (nie dłuższy niż 48 h) w dni robocze (pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy)  | tak podać |  |
| 57                       | Godziny i sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach.   | podać     |  |
| 58                       | Czas naprawy gwarancyjnej, po przekroczeniu którego przedłuża się gwarancję o czas przerwy w eksploatacji  | podać     |  |
| 59                       | Liczba napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu/elementu uprawniająca do wymiany podzespołu/elementu na nowy - maksymalnie 2  | tak podać |  |
| 60                       | Gwarancja obejmuje wszystkie koszty związane z przeglądami, dojazdem i usunięciem usterki  | tak podać |  |

## CZĘŚĆ NR 9

| <b>POMPA STRZYKAWKOWA</b>           |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa z klawiaturą numeryczną   | tak                     |               |
| 2                                   | Możliwość stosowania strzykawk o różnych pojemnościach [minimum] 5/6 ml, 10 ml, 20 ml, 30 ml, 50/60 ml  | tak, podać              |               |
| 3                                   | Możliwość stosowania strzykawk różnych producentów krajowych i zagranicznych /minimum 5/ - podać nazwy producentów wykorzystywanych strzykawk | tak, podać              |               |
| 4                                   | Automatyczne rozpoznawanie strzykawk  | tak                     |               |
| 5                                   | Zakres szybkości dozowania [minimum] co 0,1ml/h<br>0,1-2000 ml/h dla strzykawk 50/60 ml<br>0,1-1200 ml/h dla strzykawk 30/35 ml               | tak, podać              |               |

|      |   |  |  |
|------|---|--|--|
|      | 0,1-1000 ml/h dla strzykawk 20 ml<br>0,1-600 ml/h dla strzykawk 10/12 ml<br>0,1-400 ml/h dla strzykawk 5/6 ml   |  |  |
| 6    | Programowana szybkość podaży w jednostkach [minimum] ml/h, mg/h, µg/h, mg/kg/h, µg/kg/h, mg/kg/min, µg/kg/min   | tak, podać   |  |
| 7    | Dokładność szybkości dozowania +/-2%  | tak  |  |
| 8    | Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu  | tak  |  |
| 9    | Regulowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej [minimum] do 2000 ml/h co 0,1 dla strzykawk 50/60 ml   | tak, podać   |  |
| 10   | Programowane ciśnienie okluzji w zakresie [minimum] 300-900 mmHg co 75 mmHg   | tak, podać   |  |
| 11   | Możliwość podglądu lub zmiany parametrów w trakcie infuzji  | tak  |  |
| 12   | Możliwość zablokowania przycisków klawiatury  | tak, podać   |  |
| 13   | Możliwość programowania nazwy oddziału  | tak, podać   |  |
| 14   | Wewnętrzna lista leków [minimum] 30 nazw z możliwością dopisywania nazw leków przez użytkownika   | tak, podać   |  |
| 15   | Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku [minimum 12 profili]  | tak, podać   |  |
| 16   | Możliwość programowania prędkości, prędkości i objętości, prędkości i czasu, objętości i czasu  | tak  |  |
| 17   | Funkcja Stand-By programowana   | tak, podać   |  |
| 18   | Funkcja KVO programowalna w zakresie [minimum] 0-5 ml/h co 0,1 ml/h   | tak, podać   |  |
| 19   | Historia infuzji [minimum] 1500 zdarzeń   | tak, podać   |  |
| 20   | System kontroli i sygnalizacji stanów zagrażających życiu pacjenta wizualny i dźwiękowy. Podać listę alarmów.   | tak, podać   |  |
| 21   | Wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim   | tak  |  |
| 22   | Uchwyt umożliwiający zamocowanie pompy m.in. do stojaka   | tak  |  |
| 23   | Zasilanie sieciowe 100-240 V, 50/60 Hz (zasilacz wewnętrzny)  | tak  |  |
| 24   | Klasa ochronności [minimum] I, CF, odporność na defibrylację  | tak  |  |
| 25   | Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe [minimum] 20h przy przepływie 5 ml/h i 4h przy przepływie 100 ml/h   | tak, podać   |  |
| 26   | Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego  | tak  |  |
| 27   | Waga [max] 2,5 kg   | tak, podać   |  |
| 28   | <b>Warunki gwarancji i serwisu</b>  |  |  |
| 28.1 | Długość udzielanej gwarancji – min. 24 mce, Kryterium „długość udzielonej gwarancji” będzie liczone na podstawie zaoferowanego przez wykonawców okresu udzielonej gwarancji powyżej wymaganego – 24 miesięcy, nie dłuższego jednak niż 60 miesięcy. Ocenie poddany zostanie okres dodatkowej gwarancji wyrażony w miesiącach, powyżej 24 miesięcy (tj. od 1 do 36 miesięcy) | G <sub>badana</sub><br>----- x 20 pkt<br>G <sub>max</sub><br><br>G <sub>max</sub> – maksymalny okres dodatkowej gwarancji - 36 miesięcy<br>G <sub>badana</sub> – okres dodatkowej gwarancji badanej oferty (od 1 do 36 miesięcy) |  |
| 28.2 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia  | tak, podać   |  |
| 28.3 | Czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw licząc od chwili przyjęcia zgłoszenia /max/ 5 dni roboczych   | tak, podać   |  |
| 28.4 | Dostępność części zamiennych po ustaniu produkcji zaoferowanego modelu /minimum/10 lat  | tak, podać   |  |

**CZĘŚĆ NR 10**

| <b>STÓŁ ENDOSKOPOWY DO ZABIEGÓW ECPW</b> |  |                         |               |
|--|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:      |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:              |  |                         |               |
| Lp.                                      | Opis przedmiotu zamówienia                                       | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia /                 | podać                   |               |
| 2  | Wyrób fabrycznie nowy z 2020 - 2021 roku                         | tak podać               |               |
| 3  | Stół pacjenta do zabiegów endoskopowych regulowany elektrycznie  | tak                     |               |
| 4  | Stół zabiegowy dedykowany do zabiegów w pracowni zabiegowej ECPW | tak                     |               |
| 5  | Mobilny stół jezdny do wykonywania zabiegów z wykorzystaniem     | tak                     |               |

|    |  |            |  |
|----|--|------------|--|
|    | aparatu rentgenowskiego z ramieniem C z regulowaną wysokością i przechylnym blatem   |            |  |
| 6  | Konstrukcja wózka oparta na dwóch kolumnach  | tak        |  |
| 7  | Typ regulacji – elektro-mechaniczny  | tak        |  |
| 8  | Jedno segmentowa powierzchnia robocza  | tak        |  |
| 9  | Podstawa stołu malowana proszkowo, wyposażona w obudowę z tworzywa sztucznego u podstawy kolumn  | tak        |  |
| 10 | Stół osadzony na dwóch elektromechanicznie regulowanych kolumnach  | tak, podać |  |
| 11 | Szerokość powierzchni roboczej stołu min. 750mm  | tak, podać |  |
| 12 | Długość powierzchni roboczej stołu min. 2100mm   | tak, podać |  |
| 13 | Powierzchnia do współpracy z ramieniem C:<br>690 x 1470mm (+/-50mm)  | tak, podać |  |
| 14 | Elektromechaniczna regulacja wysokości kolumn w zakresie 560÷960mm +/-50mm – regulacja za pomocą kablowego pilota ręcznego   | tak, podać |  |
| 15 | Elektromechaniczna regulacja pozycji Trendelenburga 0/+12° – sterowanie za pomocą kablowego pilota ręcznego  | tak, podać |  |
| 16 | Elektromechaniczna regulacja pozycji anty-Trendelenburga 0/-12° – sterowanie za pomocą kablowego pilota ręcznego   | tak        |  |
| 17 | Stół z kołami o średnicy min. 150mm wyposażonymi w hamulce   | tak        |  |
| 18 | Aluminiowe osłony siłowników kolumn  | tak        |  |
| 19 | Nośność stołu min. 200kg   | tak        |  |
| 20 | Wyposażenie:<br>Para listew do montażu wyposażenia na odcinku plecowym leża<br>Para listew do montażu wyposażenia na środkowym odcinku sekcji leża;<br>Zdejmowany łatwo zmywalny materac wyposażony w rzepy mocujące o grubości 50mm szt. 1;<br>Pasy mocujące pacjenta z mocowaniem do listwy szt. 2;<br>Poliuretanowa podpórka infuzyjna ręki z mocowaniem na listwę szt. 1 | tak/ podać |  |
| 21 | Gwarancja min. 24 miesiące   | tak        |  |

**CZĘŚĆ NR 11**

| MYJNIA ENDOSKOPOWA CHEMICZNO-TERMICZNA |  |                         |               |
|--|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:    |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:            |  |                         |               |
| Lp.                                    | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                      | Automatyczna myjnia endoskopowa  | tak                     |               |
| 2                                      | Przeznaczona jest do mycia i dezynfekcji wszystkich typów zanurzalnych endoskopów giętkich   | tak                     |               |
| 3                                      | Myjnia na dwa endoskopy  | tak                     |               |
| 4                                      | Posiada automatyczny proces mycia i dezynfekcji  | tak                     |               |
| 5                                      | Urządzenie realizujące automatycznie:<br>- mycie wstępne z użyciem detergentu,<br>- mycie zasadnicze,<br>- dezynfekcję chemiczno-termiczną<br>- płukanie<br>- płukanie alkoholem kanałów<br>- suszenie | tak                     |               |
| 6                                      | Możliwość stosowania dowolnych środków dezynfekcyjnych, z listy dopuszczonej przez producenta urządzenia   | tak                     |               |
| 7                                      | Możliwość jednokrotnego jak i wielokrotnego użycia płynu dezynfekującego – zamknięty system wielokrotny proces.  | tak                     |               |
| 8                                      | Możliwość stosowania środków myjących i dezynfekujących różnych producentów  | tak                     |               |
| 9                                      | Dezynfekcja w obiegu zamkniętym  | tak                     |               |
| 10                                     | Dozownik płynu detergentu min 1 litr   | tak                     |               |
| 11                                     | Zbiornik na płyn dezynfekcyjny wykonany ze stali kwasoodpornej   | tak                     |               |
| 12                                     | Czas mycia oraz dezynfekcji programowany   | tak                     |               |
| 13                                     | Panel sterujący w języku polskim   | tak                     |               |
| 14                                     | Możliwość indywidualnego programowania pracy urządzenia przez  | tak                     |               |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    | użytkownika   |  |  |
| 15 | 4 programy automatycznego mycia i dezynfekcji   | tak  |  |
| 16 | Posiada wyświetlacz wskazujący poszczególne fazy danego cyklu   | tak  |  |
| 17 | Posiada możliwość podłączenia do standardowej instalacji hydraulicznej, oraz sieci elektrycznej jednofazowej  | tak  |  |
| 18 | Posiada filtr węglowy pochłaniający opary środków dezynfekcyjnych   | tak  |  |
| 19 | Posiada dodatkowy system filtracji wody   | tak  |  |
| 20 | Posiada zawór pozwalający na awaryjne zlanie płynu dezynfekcyjnego, w przypadku awarii zasilania i wykorzystania płynu do procesu ręcznej dezynfekcji   | tak  |  |
| 21 | Posiada 2 lampy UV stale zanurzone w zbiorniku wodnym, co powoduje stałe uzdatnianie wody   | tak  |  |
| 22 | Oferowana myjnia musi zapewniać jednakowe warunki mycia powierzchni wewnętrznych i zewnętrznych endoskopów  | tak  |  |
| 23 | Możliwość identyfikacji endoskopów przez myjnię (typ, numer serii)  | tak  |  |
| 24 | Możliwość wykonania dezynfekcji w temp. do 50 st.   | tak  |  |
| 25 | Otwieranie pokrywy wanny za pomocą przycisku nożnego  | tak  |  |
| 26 | Zabezpieczenie przed przypadkowym otwarciem pokrywy   | tak  |  |
| 27 | Mobilność urządzenia z blokadą min. dwóch kół   | tak  |  |
| 28 | Możliwość płukania kanałów wodno powietrznych na koniec cyklu   | tak  |  |
| 29 | Automatyczny test szczelności i ciągła kontrola ciśnienia przez cały cykl mycia i dezynfekcji   | tak  |  |
| 30 | Wbudowana drukarka umożliwiająca dokumentowanie przebiegu procesu mycia i dezynfekcji   | tak  |  |
| 31 | W przypadku mycia i dezynfekcji dwóch aparatów jednocześnie, osobny wydruk na każdy aparat.   | tak  |  |
| 32 | Wydruk w języku polskim   | tak  |  |
| 33 | Gwarancja min. 24 miesiące.<br><br>Kryterium „długość udzielonej gwarancji” będzie liczone na podstawie zaferowanego przez wykonawców okresu udzielonej gwarancji powyżej wymaganego – 24 miesiące, nie dłuższego jednak niż 60 miesięcy. Ocenie poddany zostanie okres dodatkowej gwarancji wyrażony w miesiącach, powyżej 24 miesiące (tj. od 1 do 36 miesięcy) | $G_{badana}$<br>----- x 20 pkt<br>$G_{max}$<br><br>$G_{max}$ – maksymalny okres dodatkowej gwarancji - 36 miesięcy<br>$G_{badana}$ – okres dodatkowej gwarancji badanej oferty (od 1 do 36 miesięcy) |  |

## CZĘŚĆ NR 12

| SSAK JEZDNY JEDNOBUTELKOWY          |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Zasilanie – 230 V  | tak                     |               |
| 2                                   | Maksymalna siła ssania – nie mniej niż 80 kPa  | tak                     |               |
| 3                                   | Maksymalny przepływ powietrza – nie mniej niż 45 l/ min  | tak                     |               |
| 4                                   | Płynna regulacja siły ssania z manometrem  | tak                     |               |
| 5                                   | Podstawa jezdna z hamulcami na min. 2 kółkach  | tak                     |               |
| 6                                   | Pojemnik/ koszyk na akcesoria  | tak                     |               |
| 7                                   | Uniwersalny uchwyt na pojemnik wielorazowy 1000 ml – możliwość stosowania pojemników różnych producentów | tak                     |               |
| 8                                   | Pojemnik wielorazowy 1000 ml   | tak                     |               |
| 9                                   | Dren silikonowy łączący pojemnik z króćcem ssącym ssaka  | tak                     |               |
| 10                                  | Gwarancja min. 24 miesiące.  | Tak, podać              |               |

## CZĘŚĆ NR 13

| SERWER Z LICENCJAMI I OPROGRAMOWANIEM |   |                         |               |
|---------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:   |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:           |   |                         |               |
| Lp.                                   | Opis przedmiotu zamówienia                                    | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| I                                     | Serwer  |                         |               |
| 1                                     | Serwer dedykowany do systemu Endoalpha Documentation Endobase | tak                     |               |
| 2                                     | Obudowa 1U do montażu w szafie 'rack'                         | tak                     |               |
| 3                                     | Macierz dyskowa RAID oparta o sprzętowy kontroler             | tak                     |               |

|    |  |            |  |
|----|--|------------|--|
| 4  | System operacyjny kompatybilny z systemem Endoalpha oraz pakiet obsługi serwisowej producenta w następnym dniu roboczym.   | tak        |  |
| II | Moduły integracji HIS + PACS   |            |  |
| 5  | Licencja modułu integracji typu HIS + PACS przez HL7 + DICOM po stronie Endobase oraz pełna integracja endobazy z posiadanym systemem informatycznym eskulap. Zakres integracji obejmuje przekazanie zlecenia badania z systemu Eskulap do Endobazy a następnie odbioru i zapisu wyniku badania w zakresie dokumentu tekstowego oraz graficznego w systemie Eskulap oraz Endobazy.<br>-Zlecenie badań z HIS do Endobase, przesyłanie opisu badania z Endobase do HIS. Dostęp do miniatur obrazów pacjenta w systemie HIS bez konieczności logowania się do innego systemu, przesyłanie zleceń i wyników pomiędzy HIS i RIS dzięki temu zlecenia badań będą przekazywane drogą elektroniczną z systemu HIS do systemu RIS i tą samą drogą powrotną odsyłane będą również synchronizacja rejestru pacjentów pomiędzy HIS i Endobase anulowanie zleceń oczekujących w Endobase, anuluje zlecenia w systemie HIS modyfikacja w Endobase zleczonej procedury z systemu HIS i odesłanie zmienionej danej | tak        |  |
| 6  | Niezbędne aktualizacje starszych licencji Endobase.  | tak        |  |
| 7  | Niezbędne okablowanie  | tak        |  |
| 8  | Gwarancja min. 24 miesiące.  | Tak, podać |  |

## CZĘŚĆ NR 14

|   |  |                         |               |
|---|--|-------------------------|---------------|
| <b>STACJA ROBOCZA Z DRUKARKĄ</b>            |  |                         |               |
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: I ..... |  |                         |               |
| II .....                                    |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                 |  |                         |               |
| Lp.   | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| A   | <b>ZESTAW Z KARTĄ GRAFICZNĄ HD</b>   |                         |               |
| I   | <b>Stacja robocza - HD</b>   |                         |               |
| 1   | Porty zewnętrzne 2 x COM RS232 złącze DB9  | tak                     |               |
| 2   | Procesor klasy x86, 64-bitowy, umożliwiający osiągnięcie przez oferowany zestaw komputerowy w teście SYSmark® 2018 wyniku całkowitego Overall Performance – minimum 1250 punktów oraz jednocześnie wyniku częściowego Responsiveness minimum 1350 punktów. Wynik z testu komputera w zaoferowanej konfiguracji, musi znajdować się na oficjalnej stronie producenta oprogramowania testującego, tj. firmy Bapco - <a href="https://results.bapco.com/results/benchmark/SYSmark_2018">https://results.bapco.com/results/benchmark/SYSmark_2018</a> lub należy dołączyć do oferty wynik z przeprowadzonego testu w oferowanej konfiguracji jako wydruk z licencjonowanego oprogramowania testującego, przy czym zamawiający zastrzega sobie prawo wezwania wykonawcy do przedstawienia zabezpieczonego pliku PDF, wygenerowanego przez oprogramowanie testujące, w trakcie badania i oceny ofert, dla potwierdzenia autentyczności uzyskanych wyników. | tak                     |               |
| 3   | Pamięć RAM min. 8GB  | tak                     |               |
| 4   | Przestrzeń dyskowa min. 256 GB SSD + 1TB HDD   | tak                     |               |
| 5   | Napęd optyczny DVD+/-RW  | tak                     |               |
| 6   | Stacja robocza nie zintegrowana z monitorem  | tak                     |               |
| 7   | Zainstalowany system operacyjny współpracujący z istniejącą w Szpitalu domeną Microsoft, w polskiej wersji językowej   | tak                     |               |
| 8   | Mysz bezprzewodowa optyczna  | tak                     |               |
| 9   | Klawiatura bezprzewodowa US/European (QWERTY)  | tak                     |               |
| 10  | Zainstalowany wewnątrz graber video przechwytyjący obraz w jakości HD kompatybilny z systemem rejestracji badań endobase   | tak                     |               |
| 11  | Stacja robocza w pełni współpracująca z systemem endobase  | tak                     |               |
| II  | <b>Monitor</b>   |                         |               |
| 12  | Wyświetlacz o przekątnej 21,5 "  | tak                     |               |



|                                       |  |                   |  |
|---------------------------------------|--|-------------------|--|
| 13                                    | Rozdzielczość min. 1920 x 1080 pikseli   | tak               |  |
| 14                                    | Proporcje ekranu 16:9  | tak               |  |
| 15                                    | Wejścia min: 1 x DVI-D, 1 x D-SUB, 1 x Display Port  | tak               |  |
| 16                                    | Kontrast – typowy 1000:1 lub wyższy  | tak               |  |
| 17                                    | Jasność – typowa 250 cd/m2 lub wyższa  | tak               |  |
| 18                                    | Kąt widzenia (poz./pion.) – typowy 178°/178° CR10:1  | tak               |  |
| <b>III Drukarka kolorowa Laserowa</b> |  |                   |  |
| 19                                    | Prędkość druku (A4) do 20 stron na minutę (kolorowych i czarno-białych)  | tak               |  |
| 20                                    | Interfejs lokalny Hi-Speed USB 2.0   | tak               |  |
| 21                                    | Interfejs sieci Fast Ethernet, Wifi 802.11b/g/n  | tak               |  |
| <b>IV Zasilacz awaryjny</b>           |  |                   |  |
| 22                                    | Moc wyjściowa 330W / 550 VA  | tak               |  |
| 23                                    | Napięcie wyjściowe 230V  | tak               |  |
| 24                                    | Porty komunikacji: USB   | tak               |  |
| <b>V</b>                              | <b>Gwarancja min. 24 miesiące.</b>   | <b>Tak, podać</b> |  |
| <b>B</b>                              | <b>ZESTAW Z KARTĄ GRAFICZNĄ HD i SD</b>  |                   |  |
| <b>I</b>                              | <b>Stacja Robocza - HD i SD</b>  |                   |  |
| 25                                    | Porty zewnętrzne 2 x COM RS232 złącze DB9  | tak               |  |
| 26                                    | Procesor klasy x86, 64-bitowy, umożliwiający osiągnięcie przez oferowany zestaw komputerowy w teście SYSmark® 2018 wyniku całkowitego Overall Performance – minimum 1250 punktów oraz jednocześnie wyniku częściowego Responsiveness minimum 1350 punktów. Wynik z testu komputera w zaoferowanej konfiguracji, musi znajdować się na oficjalnej stronie producenta oprogramowania testującego, tj. firmy Bapco - <a href="https://results.bapco.com/results/benchmark/SYSmark_2018">https://results.bapco.com/results/benchmark/SYSmark_2018</a> lub należy dołączyć do oferty wynik z przeprowadzonego testu w oferowanej konfiguracji jako wydruk z licencjonowanego oprogramowania testującego, przy czym zamawiający zastrzega sobie prawo wezwania wykonawcy do przedstawienia zabezpieczonego pliku PDF, wygenerowanego przez oprogramowanie testujące, w trakcie badania i oceny ofert, dla potwierdzenia autentyczności uzyskanych wyników. | tak               |  |
| 27                                    | Pamięć RAM min 8GB   | tak               |  |
| 28                                    | Przestrzeń dyskowa min. 256 GB SSD + 1TB HDD   | tak               |  |
| 29                                    | Napęd optyczny DVD+/-RW  | tak               |  |
| 30                                    | Stacja robocza nie zintegrowana z monitorem  | tak               |  |
| 31                                    | Zainstalowany system operacyjny współpracujący z istniejącą w Szpitalu domeną Microsoft, w polskiej wersji językowej   | tak               |  |
| 32                                    | Mysz bezprzewodowa optyczna  | tak               |  |
| 33                                    | Klawiatura bezprzewodowa US/European (QWERTY)  | tak               |  |
| 34                                    | Zainstalowany wewnątrz graber video przechwytyjący obraz w jakości HD kompatybilny z systemem rejestracji badań endobase, oraz zainstalowany wewnątrz graber video przechwytyjący obraz w jakości SD kompatybilny z systemem rejestracji badań endobase  | tak               |  |
| 35                                    | Stacja robocza w pełni współpracująca z systemem endobase  | tak               |  |
| <b>II Monitor</b>                     |  |                   |  |
| 36                                    | Wyświetlacz o przekątnej 21,5 "  | tak               |  |
| 37                                    | Rozdzielczość min. 1920 x 1080 pikseli   | tak               |  |
| 38                                    | Proporcje ekranu 16:9  | tak               |  |
| 39                                    | Wejścia min: 1 x DVI-D, 1 x D-SUB, 1 x Display Port  | tak               |  |
| 40                                    | Kontrast – typowy 1000:1 lub wyższy  | tak               |  |
| 41                                    | Jasność – typowa 250 cd/m2 lub wyższa  | tak               |  |
| 42                                    | Kąt widzenia (poz./pion.) – typowy 178°/178° CR10:1  | tak               |  |
| <b>III Drukarka kolorowa laserowa</b> |  |                   |  |
| 43                                    | Prędkość druku (A4) 20 stron na minutę (kolorowych i czarno-białych)   | tak               |  |
| 44                                    | Interfejs lokalny Hi-Speed USB 2.0   | tak               |  |
| 45                                    | Interfejs sieci Fast Ethernet, Wifi 802.11b/g/n  | tak               |  |
| <b>IV Zasilacz awaryjny</b>           |  |                   |  |
| 46                                    | Moc wyjściowa 330W / 550 VA  | tak               |  |
| 47                                    | Napięcie wyjściowe 230V  | tak               |  |
| 48                                    | Porty komunikacji: USB   | tak               |  |

|          |                                    |                   |  |
|----------|------------------------------------|-------------------|--|
| <b>V</b> | <b>Gwarancja min. 24 miesiące.</b> | <b>Tak, podać</b> |  |
|----------|------------------------------------|-------------------|--|

**CZĘŚĆ NR 15 SPRZĘT KOMPUTEROWY (Tabela 1 – 5)**

Tabela nr 1

| KOMPUTER                              |  |                             |               |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:   |  |                             |               |
| Producent/kraj pochodzenia:           |  |                             |               |
| Podzespół                             | Wymagane parametry minimalne   | Wymóg graniczny/<br>Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1. Typ komputera                      | <b>Komputer stacjonarny typu All-in-One</b>  |                             |               |
| 2. Zastosowanie                       | Komputer będzie wykorzystywany dla potrzeb aplikacji biurowych, dostępu do zasobów lokalnej sieci komputerowej oraz usług sieci Internet, aplikacji graficznych wektorowych oraz rastrowych, a także danych multimedialnych.   | tak                         |               |
| 3. Procesor                           | Procesor klasy x86, 64-bitowy, umożliwiający osiągnięcie przez oferowany zestaw komputerowy w teście SYSmark® 2018 wyniku całkowitego Overall Performance – minimum 1250 punktów oraz jednocześnie wyniku częściowego Responsiveness minimum 1350 punktów. Wynik z testu komputera w zaoferowanej konfiguracji, musi znajdować się na oficjalnej stronie producenta oprogramowania testującego, tj. firmy Bapco - <a href="https://results.bapco.com/results/benchmark/SYSmark_2018">https://results.bapco.com/results/benchmark/SYSmark_2018</a> lub należy dołączyć do oferty wynik z przeprowadzonego testu w oferowanej konfiguracji jako wydruk z licencjonowanego oprogramowania testującego, przy czym zamawiający zastrzega sobie prawo wezwania wykonawcy do przedstawienia zabezpieczonego pliku PDF, wygenerowanego przez oprogramowanie testujące, w trakcie badania i oceny ofert, dla potwierdzenia autentyczności uzyskanych wyników. | tak                         |               |
| 4. Płyta główna                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- chipset dostosowany do oferowanego procesora lub równoważny</li> <li>- minimum 2 sloty pamięci lub więcej, obsługującej częstotliwość minimum 2666 MHz lub więcej</li> <li>- minimum 2 złącza SATA III 6.0 Gb/s</li> </ul>  | tak                         |               |
| 5. Pamięć operacyjna RAM              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- minimum 8 GB DDR4</li> <li>- minimum 1 wolny slot pamięci na płycie głównej,</li> <li>- minimalny rozmiar możliwego rozszerzenia obsługiwanej pamięci, zapewniony i potwierdzony przez producenta komputera: 32 GB</li> </ul>   | tak                         |               |
| 6. Porty w tylnej części komputera    | <p>Komputer musi posiadać:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- minimum 5 x USB w tym co najmniej 2x USB 3.0</li> <li>- minimum 1 port sieciowy RJ-45,</li> <li>- minimum 2 x PS/2</li> <li>- porty audio line-in i line-out lub złącze typu combo</li> </ul> <p>Wymagana ilość i rozmieszczenie (na zewnątrz obudowy komputera) portów USB, PS/2 oraz VIDEO nie może być osiągnięta w wyniku stosowania konwerterów, przejściówek itp.</p>  | tak                         |               |
| 6. Porty w przedniej części komputera | <p>Komputer musi posiadać:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- minimum 2 x USB 3.0,</li> <li>- porty słuchawek i mikrofonu na przednim panelu obudowy lub złącze typu combo.</li> </ul>   | tak                         |               |
| 7. Dysk twardy                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimum 256 GB SSD z interfejsem M.2 NVMe, zawierający partycję RECOVERY umożliwiającą odtworzenie systemu operacyjnego zainstalowanego na komputerze przez producenta, po awarii, do stanu fabrycznego</li> <li>- Możliwość beznarzędziowego (nie dopuszcza się użycia narzędzi ani śrub motylkowych czy radełkowych) zamontowania w obudowie co najmniej jednego</li> </ul>   | tak                         |               |

|                     |  |     |  |
|---------------------|--|-----|--|
|                     | dodatkowego dysku 2,5 cala.  |     |  |
| 8. Napęd optyczny   | Nagrywarka DVD +/-RW   | tak |  |
| 9. Karta dźwiękowa  | Karta dźwiękowa zgodna ze standardem High Definition   | tak |  |
| 10. Karta graficzna | Pełna obsługa funkcji i standardów DX12, OpenGL 4.0, OpenCL 1.2. Możliwość fabrycznego zainstalowania dodatkowej, dedykowanej karty graficznej z pamięcią własną min. 4 GB.  | tak |  |
| 11. Karta sieciowa  | Karta sieciowa 10/100/1000 Ethernet RJ-45, zintegrowana z płytą główną wspierająca obsługę technologii WoL; Zintegrowana w postaci wewnętrznego modułu M.2 PCIe karta sieci WLAN obsługująca standard Dual Band 2x2 802.11ac oraz Bluetooth 5.0.   | tak |  |
| 12. BIOS            | <p><b>BIOS UEFI w wersji 2.6 lub wyższej. Możliwość odczytania z BIOS informacji o:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- modelu komputera,</li> <li>- numerze seryjnym,</li> <li>- AssetTag/IDTag</li> <li>- MAC Adres karty sieciowej,</li> <li>- wersja Biosu wraz z datą jego produkcji,</li> <li>- zainstalowanym procesorze, jego taktowaniu</li> <li>- ilości pamięci RAM wraz z taktowaniem i obciążeniem slotów</li> </ul> <p><b>Możliwość z poziomu BIOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wyłączenia selektywnego portów USB, minimum wyłączenie portów z przodu oraz wyłączenie portów z tyłu jako grup</li> <li>- wyłączenia selektywnego (pojedynczego) portów SATA,</li> <li>- zmiany pracy wentylatorów między trybem optymalizacji głośności lub temperatury,</li> <li>- ustawienia hasła: administratora, Power-On, HDD,</li> <li>- możliwość zbierania i przeglądania logów zdarzeń z informacją odnośnie godziny, daty i kodu błędu zdarzenia</li> <li>- ustawienie automatycznej aktualizacji BIOS z serwera producenta komputera</li> </ul> | tak |  |
| 13. Klawiatura      | Klawiatura USB w układzie polskim programisty (104 klawisze) z kablem o długości min. 1,8 m.   | tak |  |
| 14. Mysz            | Mysz optyczna USB z klawiszami oraz rolką (scroll) z kablem o długości min. 1,8 m.   | tak |  |
| 15. Obudowa         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Typu AiO (All-in-One) z możliwością łatwej wymiany/rozbudowy pamięci RAM (bez konieczności interwencji serwisu oraz użycia narzędzi – dopuszcza się zastosowanie pojedynczej śruby radełkowej).</li> <li>- Wbudowane głośniki stereo do odtwarzania plików multimedialnych.</li> <li>- Suma wymiarów obudowy, nie może przekroczyć: 1300 mm z fabryczną stopą oraz 1050 mm bez stopy.</li> <li>- Głośność jednostki centralnej nie może przekraczać 18 dB, mierzona zgodnie z normą ISO 7779 lub równoważną oraz wykazana zgodnie z normą ISO 9296 lub równoważną w pozycji obserwatora w trybie pracy dysku twardego. Wymagany raport badawczy, wystawiony przez niezależną, akredytowaną, co najmniej dla norm ISO 7779 i ISO 9296 lub równoważnych, jednostkę badawczą.</li> </ul>   | tak |  |
| 16. Wbudowany ekran | <p>Specyfikacja wbudowanego ekranu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Typ ekranu: Panoramiczny, matryca o rozmiarze min. 23,8 cala;</li> <li>- Jasność min: 250 cd/m2;</li> <li>- Kąty widzenia: 178°/178° CR10:1;</li> </ul>   | tak |  |

|  |   |     |  |
|--|---|-----|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Czas reakcji matrycy: maks. 14 ms;</li> <li>- Rozdzielczość maksymalna: min. 1920 x 1080;</li> <li>- Możliwość co najmniej 4-stopniowej regulacji wysokości ekranu w zakresie co najmniej 110 mm;</li> <li>- Możliwość obracania ekranu na boki w zakresie co najmniej 340°;</li> <li>- Minimalny zakres pochylenia monitora: Od 0° do +20°;</li> <li>- Konstrukcja komputera powinna umożliwić demontaż stopy ekranu i powieszenie komputera np. na ścianie za pomocą standardowego złącza VESA (100x100);</li> </ul>   |     |  |
| 17. Zasilanie                              | Zasilacz o mocy nie mniejszej niż 130 W i nie większej niż 170 W  | tak |  |
| 18. Bezpieczeństwo i funkcje zarządzania   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Możliwość zastosowania mechanicznego zabezpieczenia przed kradzieżą komputera.</li> <li>2. Możliwość zastosowania mechanicznego zabezpieczenia dostępu do wnętrza obudowy.</li> <li>3. Moduł TPM 2.0.</li> <li>4. Certyfikowane oprogramowanie umożliwiające – bez względu na stan czy obecność systemu operacyjnego w bezpieczny (bezpowrotny) sposób usunięcie danych z dysku twardego - w ofercie należy podać nazwę i producenta oprogramowania.</li> <li>5. System diagnostyczny działający bez udziału systemu operacyjnego, czy też jakichkolwiek dołączonych urządzeń na zewnątrz czy też wewnątrz komputera, umożliwiający otrzymanie informacji o: <ul style="list-style-type: none"> <li>- modelu, oznaczeniu i numerze seryjnym komputera,</li> <li>- pojemności zainstalowanej pamięci RAM</li> </ul> </li> </ol> <p><b>Oprogramowanie diagnostyczne musi umożliwiać:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wykonanie testu pamięci RAM,</li> <li>- wykonanie podstawowego testu prawidłowej pracy CPU</li> <li>- wykonanie testu dysku twardego.</li> </ul> <p>System Diagnostyczny działający nawet w przypadku uszkodzenia dysku twardego z systemem operacyjnym komputera (Zaimplementowany w sprzętowym mikrokodzie płyty głównej)</p> | tak |  |
| 19. Sterowniki i oprogramowanie            | <p>Zapewnienie na dedykowanej stronie internetowej producenta dostępu do najnowszych sterowników i uaktualnień, realizowane poprzez podanie numeru seryjnego/modelu urządzenia, podać link strony www.</p> <p>Oprogramowanie producenta komputera posiadające funkcje zarządzania sterownikami (wykrywanie i instalowanie aktualizacji).</p> <p>Oprogramowanie umożliwiające – bez względu na stan czy obecność systemu operacyjnego oraz bez podłączania żadnych urządzeń czy nośników zewnętrznych - w bezpieczny (bezpowrotny) sposób usunięcie danych z dysku twardego. Usuwanie danych z dysku twardego musi odbywać się przy wykorzystaniu certyfikowanych algorytmów a wynikiem pracy oprogramowania musi być protokół zawierający dane kasowanego dysku oraz informacje o zastosowanym algorytmie kasowania. W ofercie należy podać nazwę i producenta oprogramowania.</p>  | tak |  |
| 20. Zainstalowane oprogramowanie systemowe | <p>Zainstalowany system operacyjny współpracujący z istniejącą w szpitalu domeną Microsoft, w polskiej wersji językowej. Klucz licencyjny systemu musi być zapisany trwale w BIOS i umożliwiać jego instalację bez potrzeby ręcznego wpisywania klucza licencyjnego.</p> <p><u>Zamawiający nie dopuszcza zaoferowania systemu operacyjnego pochodzącego z rynku wtórnego, reaktywowanego systemu.</u></p> <p>System równoważny musi spełniać następujące wymagania poprzez wbudowane mechanizmy, bez użycia dodatkowych</p>   | tak |  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | <p>aplikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dostępne dwa rodzaje graficznego interfejsu użytkownika: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Klasyczny, umożliwiający obsługę przy pomocy klawiatury i myszy,</li> <li>b. Dotykowy umożliwiający sterowanie dotykiem na urządzeniach typu tablet lub monitorach dotykowych.</li> </ol> </li> <li>2. Interfejsy użytkownika dostępne w wielu językach do wyboru – w tym polskim i angielskim.</li> <li>3. Zlokalizowane w języku polskim, co najmniej następujące elementy: menu, odtwarzacz multimediiów, pomoc, komunikaty systemowe.</li> <li>4. Wbudowany system pomocy w języku polskim.</li> <li>5. Graficzne środowisko instalacji i konfiguracji dostępne w języku polskim.</li> <li>6. Funkcje związane z obsługą komputerów typu tablet, z wbudowanym modułem „uczenia się” pisma użytkownika – obsługa języka polskiego.</li> <li>7. Funkcjonalność rozpoznawania mowy, pozwalającą na sterowanie komputerem głosowo, wraz z modułem „uczenia się” głosu użytkownika.</li> <li>8. Możliwość dokonywania bezpłatnych aktualizacji i poprawek w ramach wersji systemu operacyjnego poprzez Internet, mechanizmem udostępnianym przez producenta systemu z możliwością wyboru instalowanych poprawek oraz mechanizmem sprawdzającym, które z poprawek są potrzebne.</li> <li>9. Możliwość dokonywania aktualizacji i poprawek systemu poprzez mechanizm zarządzany przez administratora systemu Zamawiającego.</li> <li>10. Dostępność bezpłatnych biuletynów bezpieczeństwa związanych z działaniem systemu operacyjnego.</li> <li>11. Wbudowana zapora internetowa (firewall) dla ochrony połączeń internetowych; zintegrowana z systemem konsola do zarządzania ustawieniami zapory i regułami IP v4 i v6.</li> <li>12. Wbudowane mechanizmy ochrony antywirusowej i przeciw złośliwemu oprogramowaniu z zapewnionymi bezpłatnymi aktualizacjami.</li> <li>13. Wsparcie dla większości powszechnie używanych urządzeń peryferyjnych (drukarek, urządzeń sieciowych, standardów USB, Plug&amp;Play, Wi-Fi).</li> <li>14. Funkcjonalność automatycznej zmiany domyślnej drukarki w zależności od sieci, do której podłączony jest komputer.</li> <li>15. Możliwość zarządzania stacją roboczą poprzez polityki grupowe – przez politykę rozumiemy zestaw reguł definiujących lub ograniczających funkcjonalność systemu lub aplikacji.</li> <li>16. Rozbudowane, definiowalne polityki bezpieczeństwa – polityki dla systemu operacyjnego i dla wskazanych aplikacji.</li> <li>17. Możliwość zdalnej automatycznej instalacji, konfiguracji, administrowania oraz aktualizowania systemu, zgodnie z określonymi uprawnieniami poprzez polityki grupowe.</li> <li>18. Zabezpieczony hasłem hierarchiczny dostęp do systemu, konta i profile użytkowników zarządzane zdalnie; praca systemu w trybie ochrony kont użytkowników.</li> <li>19. Mechanizm pozwalający użytkownikowi zarejestrowanego w systemie przedsiębiorstwa/instytucji urządzenia na uprawniony dostęp do zasobów tego systemu.</li> <li>20. Zintegrowany z systemem moduł wyszukiwania informacji (plików różnego typu, tekstów, metadanych) dostępny z kilku poziomów: poziom menu, poziom otwartego okna systemu operacyjnego; system wyszukiwania oparty na konfigurowalnym przez użytkownika module indeksacji</li> </ol> |  |  |
|--|--|--|--|

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>zasobów lokalnych.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>21. Zintegrowany z systemem operacyjnym moduł synchronizacji komputera z urządzeniami zewnętrznymi.</li> <li>22. Obsługa standardu NFC (near field communication).</li> <li>23. Możliwość przystosowania stanowiska dla osób niepełnosprawnych (np. słabo widzących).</li> <li>24. Wsparcie dla IPSEC oparte na politykach – wdrażanie IPSEC oparte na zestawach reguł definiujących ustawienia zarządzanych w sposób centralny.</li> <li>25. Automatyczne występowanie i używanie (wystawianie) certyfikatów PKI X.509.</li> <li>26. Mechanizmy logowania do domeny w oparciu o:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Login i hasło,</li> <li>b. Karty z certyfikatami (smartcard),</li> <li>c. Wirtualne karty (logowanie w oparciu o certyfikat chroniony poprzez moduł TPM).</li> </ol> </li> <li>27. Mechanizmy wieloelementowego uwierzytelniania.</li> <li>28. Wsparcie dla uwierzytelniania na bazie Kerberos v. 5.</li> <li>29. Wsparcie do uwierzytelnienia urządzenia na bazie certyfikatu.</li> <li>30. Wsparcie dla algorytmów Suite B (RFC 4869).</li> <li>31. Wsparcie wbudowanej zapory ogniowej dla Internet Key Exchange v. 2 (IKEv2) dla warstwy transportowej IPsec.</li> <li>32. Wbudowane narzędzia służące do administracji, do wykonywania kopii zapasowych polityk i ich odtwarzania oraz generowania raportów z ustawień polityk.</li> <li>33. Wsparcie dla środowisk Java i .NET Framework 4.x – możliwość uruchomienia aplikacji działających we wskazanych środowiskach.</li> <li>34. Wsparcie dla JScript i VBScript – możliwość uruchamiania interpretera poleceń.</li> <li>35. Zdalna pomoc i współdzielenie aplikacji – możliwość zdalnego przejęcia sesji zalogowanego użytkownika celem rozwiązania problemu z komputerem,</li> <li>36. Rozwiązanie służące do automatycznego zbudowania obrazu systemu wraz z aplikacjami. Obraz systemu służyć ma do automatycznego upowszechnienia systemu operacyjnego inicjowanego i wykonywanego w całości poprzez sieć komputerową.</li> <li>37. Rozwiązanie ma umożliwiający wdrożenie nowego obrazu poprzez zdalną instalację.</li> <li>38. Transakcyjny system plików pozwalający na stosowanie przydziałów (ang. quota) na dysku dla użytkowników oraz zapewniający większą niezawodność i pozwalający tworzyć kopie zapasowe.</li> <li>39. Zarządzanie kontami użytkowników sieci oraz urządzeniami sieciowymi tj. drukarki, modemy, woluminy dyskowe, usługi katalogowe.</li> <li>40. Udostępnianie modemu.</li> <li>41. Oprogramowanie dla tworzenia kopii zapasowych (Backup); automatyczne wykonywanie kopii plików z możliwością automatycznego przywrócenia wersji wcześniejszej.</li> <li>42. Możliwość przywracania obrazu plików systemowych do uprzednio zapisanej postaci.</li> <li>43. Identyfikacja sieci komputerowych, do których jest podłączony system operacyjny, zapamiętywanie ustawień i przypisywanie do min. 3 kategorii bezpieczeństwa (z predefiniowanymi odpowiednio do kategorii ustawieniami zapory sieciowej, udostępniania plików itp.).</li> <li>44. Możliwość blokowania lub dopuszczania dowolnych urządzeń peryferyjnych za pomocą polityk grupowych (np. przy użyciu numerów identyfikacyjnych sprzętu).</li> <li>45. Wbudowany mechanizm wirtualizacji typu hypervisor,</li> </ol> |  |  |
|--|---|--|--|

|    |   |     |  |
|----|---|-----|--|
|    | <p>umożliwiający, zgodnie z uprawnieniami licencyjnymi, uruchomienie do 4 maszyn wirtualnych.</p> <p>46. Mechanizm szyfrowania dysków wewnętrznych i zewnętrznych z możliwością szyfrowania ograniczonego do danych użytkownika.</p> <p>47. Wbudowane w system narzędzie do szyfrowania partycji systemowych komputera, z możliwością przechowywania certyfikatów w mikrochipie TPM (Trusted Platform Module) w wersji minimum 1.2 lub na kluczach pamięci przenośnej USB.</p> <p>48. Wbudowane w system narzędzie do szyfrowania dysków przenośnych, z możliwością centralnego zarządzania poprzez polityki grupowe, pozwalające na wymuszenie szyfrowania dysków przenośnych.</p> <p>49. Możliwość tworzenia i przechowywania kopii zapasowych kluczy odzyskiwania do szyfrowania partycji w usługach katalogowych.</p> <p>50. Możliwość instalowania dodatkowych języków interfejsu systemu operacyjnego oraz możliwość zmiany języka bez konieczności reinstalacji systemu.</p> |     |  |
| 21 | Gwarancja min. 36 miesiące  | tak |  |

Tabela nr 2

| DRUKARKI KOLOROWE                   |   |   |               |
|-------------------------------------|---|---|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |   |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |   |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia                  | Wymóg graniczny/Rozmiar                               | Potwierdzenie |
| 1                                   | Rozdzielczość druku w czerni                | 600 x 600 dpi   |               |
| 2                                   | Rozdzielczość druku w kolorze               | 600 x 600 dpi   |               |
| 3                                   | Maks. szybkość druku mono                   | min 25 str./min.                                      |               |
| 4                                   | Maks. szybkość druku kolor                  | min 25 str./min.                                      |               |
| 5                                   | Automatyczny druk dwustronny (dupleks)      | tak   |               |
| 6                                   | Szybkość druku dwustronnego                 | min 22 obr./min.                                      |               |
| 7                                   | Maksymalne obciążenie                       | 50000 str./mies.                                      |               |
| 8                                   | Minimalne zalecane obciążenie               | 750 str./mies.  |               |
| 9                                   | Czas do pierwszego druku monochromatycznego | poniżej 10 s  |               |
| 10                                  | Czas do pierwszego druku kolorowego         | poniżej 12 s  |               |
| 11                                  | Obsługiwane języki                          | PCL 5c<br>PCL 6<br>Native Office<br>PDF<br>PWG<br>URF |               |
| 12                                  | Emulacje języków                            | PostScript v3   |               |
| Skanowanie                          |   |   |               |
| 13                                  | Typ skanera                                 | CIS (płaski   kolorowy)                               |               |
| 14                                  | Rozdzielczość skanera                       | 1200 x 1200 dpi                                       |               |
| 15                                  | Maksymalny rozmiar skanowanego dokumentu    | A4  |               |
| 16                                  | Obszar skanowania                           | 216 x 297 mm  |               |
| 17                                  | Szybkość skanowania arkuszy A4              | 2 s   |               |
| Kopiowanie                          |   |   |               |
| 18                                  | Rozdzielczość kopiarki                      | 600 x 600 dpi   |               |
| 19                                  | Maksymalne wielokrotne kopiowanie           | 999 kopii   |               |
| Faks                                |   |   |               |
| 20                                  | Pojemność pamięci faksu                     | 400 str.  |               |
| 21                                  | Szybkość transmisji                         | 33.6 kbps   |               |
| 22                                  | Rozdzielczość faksu                         | 300 x 300 dpi   |               |
| Eksploatacja                        |   |   |               |
| 23                                  | Ilość pojemników na tusz                    | 4 szt.  |               |
| 24                                  | Gramatura papieru                           | 60 - 176 g/m <sup>2</sup>                             |               |
| Komunikacja                         |   |   |               |
| 25                                  | Interfejs                                   | Ethernet 10/100/1000                                  |               |

|                                   |                              |                           |  |
|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------|--|
|                                   |                              | Mbps<br>USB 2.0           |  |
| 26                                | Praca w sieci [serwer druku] | Tak                       |  |
| 27                                | Wyświetlacz                  | tak (dotykowy   kolorowy) |  |
| <b>Gwarancja min. 36 miesiące</b> |                              | tak                       |  |

Tabela nr 3

| DRUKARKI                            |                                       |  |               |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |                                       |  |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |                                       |  |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia            | Wymóg graniczny/Rozmiar  | Potwierdzenie |
| 1                                   | Technologia druku                     | laserowa   |               |
| 2                                   | Rodzaj                                | monochromatyczna   |               |
| 3                                   | Pojemność podajnika papieru           | 250 szt.   |               |
| 4                                   | Maks. rozmiar nośnika                 | A4   |               |
| Drukowanie                          |                                       |  |               |
| 5                                   | Rozdzielczość druku w czerni          | 1200 x 1200 dpi  |               |
| 6                                   | Szybkość druku mono                   | Min.25 str./min.   |               |
| 7                                   | Automatyczny druk dwustronny(dupleks) | tak  |               |
| 8                                   | Szybkość druku dwustronnego           | 15 obr./min.   |               |
| 9                                   | Emulacja języków                      | GDI  |               |
| Skanowanie                          |                                       |  |               |
| 10                                  | Typ skanera                           | CIS( płaskikolorowy)   |               |
| 11                                  | Rozdzielczość skanera                 | 1200 x 1200 dpi  |               |
| Kopiowanie                          |                                       |  |               |
| 12                                  | Szybkość kopiarki w czerni            | 30 str./min.   |               |
| 13                                  | Rozdzielczość kopiarki                | 600 x 600 dpi  |               |
| Faks                                |                                       |  |               |
| 14                                  | Szybkość transmisji                   | Min. 33 kbps   |               |
| 15                                  | Gramatura papieru                     | Podajnik standardowy: 60-163 /<br>podajnik wielofunkcyjny 60-230g/m2 |               |
| Komunikacja                         |                                       |  |               |
| 16                                  | Interfejs                             | Enthernet 10/100 Mbps<br>USB 2.0                                     |               |
| 17                                  | Wyświetlacz                           | (LCD 2-wierszowy – min. 16 znaków<br>każdy)                          |               |
| Pozostałe                           |                                       |  |               |
| 18                                  | Zainstalowana pamięć                  | Min. 64MB  |               |
| 19                                  | Prędkość procesora                    | Min. 600MHz  |               |
| 20                                  | Gwarancja min. 36 miesiące            | tak  |               |

Tabela nr 4

| CZYTNIK KODÓW KRESKOWYCH            |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Rodzaj czytnika: Ręczny, laserowy, jednoliniowy                     | tak                     |               |
| 2                                   | Źródło światła: Dioda laserowa 650 nm                               | tak                     |               |
| 3                                   | Odległość odczytu: 0 – 43 cm (w zależności od gęstości kodu)        | tak                     |               |
| 4                                   | Rozdzielczość: min. 0,125 mm  | tak                     |               |
| 5                                   | Szybkość odczytu: min. 100 skanów /s                                | tak                     |               |
| 6                                   | Wzór skanujący: Pojedyncza linia skanująca                          | tak                     |               |
| 7                                   | Warunki pracy: Temp. 0 – 50°C, wilgotność względna 5 – 95 %         | tak                     |               |
| 8                                   | Waga: max 150g  | tak                     |               |
| 9                                   | Dostępne interfejsy: RS232, KBW, USB, IBM                           | tak                     |               |
| 10                                  | Inne: przycisk wyzwalający odczyt, podstawka do pracy automatycznej | tak                     |               |
| 11                                  | Gwarancja min. 36 miesiące  | tak                     |               |



Tabela nr 5

| DRUKARKA KODÓW KRESKOWYCH           |                            |  |               |
|-------------------------------------|----------------------------|--|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |                            |  |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |                            |  |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia | Wymóg graniczny/Rozmiar  | Potwierdzenie |
| 1                                   | Metoda drukowania          | Bezpośredni druk termiczny za pośrednictwem głowicy termicznej   |               |
| 2                                   | Prędkość drukowania        | Maks. 150 mm/s, maks. 93 etykiet/min (standardowe etykiety adresowe) (w przypadku podłączenia do komputera i używania programu P-touch Editor) |               |
| 3                                   | Głowica drukująca          | 300 dpi/720 punktów  |               |
| 4                                   | Maks. szerokość druku      | 59 mm  |               |
| 5                                   | Maks. długość druku        | 1 m  |               |
| 6                                   | Min. długość druku         | 12,7 mm  |               |
| 7                                   | Wyświetlacz                | Dioda programu Editor Lite (zielona), dioda stanu (zielona, pomarańczowa, czerwona)  |               |
| 8                                   | Obcinarka                  | Odcinarka automatyczna o wysokiej trwałości użytkowej  |               |
| 9                                   | Przyciski                  | Przycisk Wł./WYł., przycisk Editor Lite, przycisk podawania, przycisk obcinania  |               |
| 10                                  | Interfejs                  | USB  |               |
| 11                                  | Zasilanie                  | 220–240 V (prąd przemienny), 50/60 Hz  |               |
| 12                                  | Temperatura robocza        | 10–35 °C   |               |
| 13                                  | Gwarancja min. 36 miesiące |  | tak           |

Kryteria poza cenowe (dotyczy części nr 15)

|           |  |  |  |
|-----------|--|--|--|
| Gwarancja | Gwarancji jakości producenta:<br><b>3 lata gwarancji producenta</b> z gwarantowanym czasem reakcji serwisu w następnym dniu roboczym od zdiagnozowania usterki.  | tak  |  |
|           | Kryterium „okres dodatkowej gwarancji” będzie liczone na podstawie zaoferowanego przez wykonawców okresu udzielonej gwarancji powyżej wymaganego – <b>36 miesięcy</b> , nie dłuższego jednak niż 60 miesięcy. Ocenie poddany zostanie okres dodatkowej gwarancji wyrażony w miesiącach, <b>powyżej 36 miesięcy (tj. od 1 do 24 miesięcy)</b> | $G_{\text{badana}}$<br>----- x 20 pkt<br>$G_{\text{max}}$<br>$G_{\text{max}}$ – maksymalny okres dodatkowej gwarancji - 24 miesięcy<br>$G_{\text{badana}}$ – okres dodatkowej gwarancji badanej oferty (od 1 do 24 miesięcy) |  |

### CZĘŚĆ NR 16

| PODGRZEWACZ DO ŻELU USG DLA NOWORODKÓW I DZIECI |   |                         |               |
|---|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:             |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:                     |   |                         |               |
| Lp.   | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1   | Podgrzewacz do żelu USG na 1 butelkę  | tak                     |               |
| 2   | Sterowanie mikroprocesorowe zapewnia równomierne rozłożenie ciepła          | tak                     |               |
| 3   | Podgrzewa żel do temp. 40°C   | tak                     |               |
| 4   | Ochrona przed przegrzaniem  | tak                     |               |
| 5   | Wtyczki i kable spełniają standardy bezpieczeństwa w szpitalach             | tak                     |               |
| 6   | Wytrzymały, odporny na uderzenia materiał                                   | tak                     |               |
| 7   | Lampka kontrolna temperatury  | tak                     |               |
| 8   | Nadaje się do postawienia czy montażu na ścianie                            | tak                     |               |
| 9   | W zestawie zestaw montażowy do zamocowania na ścianie oraz kabel zasilający | tak                     |               |
| 10  | Gwarancja min. 24 miesiące  | tak                     |               |

**CZĘŚĆ NR 17 NARZĘDZIA MEDYCZNE (Tabela 1 – 7)**

Tabela nr 1

| NOŻYCE DO GIPSU                     |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia                   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Wykonana ze stali nierdzewnej                | tak                     |               |
| 2                                   | Długość 230 mm typu Bergamann lub równoważne | tak                     |               |
| 3                                   | Długość 230 mm typu Stille lub równoważne    | tak                     |               |
| 4                                   | Długość 370 mm typu Stille lub równoważne    | tak                     |               |

Tabela nr 2

| ŁAMACZ                              |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia                           | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Kleszcze do odginania gipsu typ wolff lub równoważne | tak                     |               |
| 2                                   | Długość 250 mm                                       | tak                     |               |
| 3                                   | Szczęki odgięte, ząbkowane                           | tak                     |               |
| 4                                   | Jedna sprężynka rozwierająca                         | tak                     |               |

Tabela nr 3

| ROZWIERACZ MNIEJSZY                 |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia                     | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Rozwieracz do gipsu typu lawton lub równoważny | tak                     |               |
| 2                                   | Długość 220 mm 8 3/4"                          | tak                     |               |
| 3                                   | Szerokość szczęki 30 mm                        | tak                     |               |

Tabela nr 4

| ROZWIERACZ WIĘKSZY                  |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia                     | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Rozwieracz do gipsu typu hennig lub równoważny | tak                     |               |
| 2                                   | Długość 270 mm 10 5/8"                         | tak                     |               |
| 3                                   | Szerokość szczęki 49 mm                        | tak                     |               |

Tabela nr 5

| NOŻYCYZKI SIMS "8"                  |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia                                      | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Nożyczki do operacji w głębi i ginekologicznych typ sims proste | tak                     |               |
| 2                                   | Długość 200 mm  | tak                     |               |
| 3                                   | Końce tępe  | tak                     |               |

Tabela nr 6

| NOŻYCYZKI SIMS "9"                  |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia                                      | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Nożyczki do operacji w głębi i ginekologicznych typ sims proste | tak                     |               |
| 2                                   | Długość 230 mm  | tak                     |               |
| 3                                   | Końce tępe  | tak                     |               |

**CZĘŚĆ NR 18**

| APARAT EKG                          |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia                                       | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Aparat EKG 12-kanałowy z analizą i interpretacją danych z badań. | tak                     |               |
| 2                                   | Tryby pracy: automatyczny, ręczny.                               | tak                     |               |

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
| 3  | Wykonywanie pomiarów HR, PR, QRS, QT, QTc oraz pomiarów osi P, R, T.<br>CMR >100dB<br>Pomiar HR 30-300   | tak |  |
| 4  | Automatyczna interpretacja wyników badań z podaniem kryterium rozpoznania.   | tak |  |
| 5  | Algorytm interpretacji 12-kanalowego zapisu EKG, uwzględniający wiek i płeć osoby badanej – dorosłych i dzieci.  | tak |  |
| 6  | Kolorowy, wysokiej rozdzielczości, ekran LCD, min. 7" min.<br>800x480  | tak |  |
| 7  | Klawiatura membranowa alfanumeryczna wraz z klawiszami funkcyjnymi   | tak |  |
| 8  | Wyświetlanie na ekranie LCD:<br>- aktualnego czasu;<br>- częstości rytmu;<br>- czułości, prędkości zapisu i rodzaju filtru.<br>- kontaktu elektrod   | tak |  |
| 9  | Pamięć wewnętrzna do przechowywania min. 100 zapisów EKG, wykonanych w trybie automatycznym  | tak |  |
| 10 | Interfejs USB, umożliwiający zapis EKG na nośniku PenDrive   | tak |  |
| 11 | Pasmo przenoszenia: min. zakres 0,05 ÷ 300 Hz.   | tak |  |
| 12 | Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą pacjenta   | tak |  |
| 13 | Wyświetlanie na ekranie LCD ostrzeżeń o braku kontaktu elektrody ze skórą pacjenta.  | tak |  |
| 14 | Wyświetlanie na ekranie LCD komunikatu informującego o ostrym zawale serca pacjenta.   | tak |  |
| 15 | Drukarka termiczna, wbudowana w aparat   | tak |  |
| 16 | Prędkość zapisu: min. 5, 10, 25 i 50 mm/s.   | tak |  |
| 17 | Jednoczesna rejestracja sygnału EKG z 3-ech, 6-ciu i 12-tu odprowadzeń   | tak |  |
| 18 | Formaty wydruku: 12 x 1, 6x2, 3x4, 3x4 + 1, 3x4 + 3  | tak |  |
| 19 | Wydruki w trybie ręcznym: 3, 6, 12 kanałów z konfigurowaną grupą kanałów.  | tak |  |
| 20 | Wydruk daty i godziny badania.   | tak |  |
| 21 | Czułość: min. 5, 10 i 20 mm/mV.  | tak |  |
| 22 | Filtr zakłóceń pochodzących od elektroenergetycznej sieci zasilającej.   | tak |  |
| 23 | Cyfrowe filtry zakłóceń mięśniowych (min. 25/40/150 Hz) i pływania linii izoelektrycznej.  | tak |  |
| 24 | Obwody wejściowe aparatu zabezpieczone przed impulsami defibrylatora.  | tak |  |
| 25 | Wykrywanie impulsów stymulatora.<br>Częstotliwość próbkowania dla detekcji impulsów stymulatora:<br>32 000 próbek /s / kanał.  | tak |  |
| 26 | Częstotliwość cyfrowego próbkowania EKG dla analizy i zapisu:<br>1000 próbek / s / kanał.  | tak |  |
| 27 | Rozdzielczość przetwarzania: min. 24 bitów.  | tak |  |
| 28 | Komunikacja: min 2x USB  | tak |  |
| 29 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do analizy, archiwizacji badań EKG zainstalowanego na serwerze użytkownika lub na dysku wirtualnym<br>Format danych SCP-PDF,<br>Możliwość rozbudowy pamięci do 1000 badań<br>Możliwość rozbudowy o moduł Wi-Fi, LAN<br>Możliwość rozbudowy eksportu danych w formatach DICOM, HL7 | tak |  |
| 30 | Możliwość rozbudowy o czytnik kodów kreskowych i kart magnetycznych  | tak |  |
| 31 | Komunikacja użytkownika z aparatem w języku polskim.   | tak |  |
| 32 | Zasilanie aparatu z elektroenergetycznej sieci 230 V AC 50 Hz i z wewnętrznego bezobstugowego akumulatora  | tak |  |
| 33 | Możliwość wykonania minimum 500 badań w trybie automatycznym przy zasilaniu aparatu z wewnętrznego akumulatora   | tak |  |

|                           |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|
| 34                        | Masa aparatu z akumulatorem, bez kabla pacjenta, papieru i wózka: poniżej 2,7 kg.  | tak  |  |
| <b>SERWIS GWARANCYJNY</b> |  |  |  |
| 35                        | Gwarancja min. 24 miesiące.<br>Kryterium „długość udzielonej gwarancji” będzie liczone na podstawie zaoferowanego przez wykonawców okresu udzielonej gwarancji powyżej wymaganego – 24 miesiące, nie dłuższego jednak niż 60 miesięcy. Ocenie poddany zostanie okres dodatkowej gwarancji wyrażony w miesiącach, powyżej 24 miesięcy (tj. od 1 do 36 miesięcy) | $G_{\text{badana}}$<br>----- x 20 pkt<br>$G_{\text{max}}$<br><br>$G_{\text{max}}$ – maksymalny okres dodatkowej gwarancji - 36 miesięcy<br>$G_{\text{badana}}$ – okres dodatkowej gwarancji badanej oferty (od 1 do 36 miesięcy) |  |
| 36                        | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat   | tak  |  |
| 37                        | Rok produkcji 2020/2021, sprzęt fabrycznie nowy, nierekondycjonowany   | tak  |  |
| 38                        | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej (pendrive lub płyta CD)   | tak  |  |
| <b>STOLIK POD APARAT</b>  |  |  |  |
| 39                        | Stal lakierowana proszkowo   | tak  |  |
| 40                        | 2 półki ze stali malowanej proszkowo   | tak  |  |
| 41                        | 4 kółka transportowe   | tak  |  |
| 42                        | Liczba półek: 2  | tak  |  |

**CZĘŚĆ NR 19**

| <b>PULSOKSYMETR NAPALCOWY</b>       |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Pomiar saturacji w zakresie od 1% do 100%  | tak                     |               |
| 2                                   | Pomiar częstości pulsu od 20 do 250 uderzeń na minutę (bpm)  | tak                     |               |
| 3                                   | Wyświetlanie wskaźnika amplitudy tętna   | tak                     |               |
| 4                                   | Technologia pomiarowa pozwalająca na monitorowanie pacjentów ruchliwych i o niskiej perfuzji   | tak                     |               |
| 5                                   | Alarmy:<br>– sygnalizacja dźwiękowa i wizualna<br>– ustawianie dolnej i górnej granicy alarmowej saturacji<br>– ustawianie dolnej i górnej granicy alarmowej częstości pulsu                         | tak                     |               |
| 6                                   | Wewnętrzne zasilanie akumulatorowe /co najmniej 20 godziny pracy/  | tak                     |               |
| 7                                   | Zasilanie i ładowanie akumulatorów z sieci 230 V/ 50 Hz  | tak                     |               |
| 8                                   | Na wyposażeniu pulsoksymetru czujnik wielorazowy pracujący w technologii Nellcor Oximax lub równoważnych - 1szt.   | tak                     |               |
| 9                                   | Waga urządzenia: max. 280g z akumulatorem  | tak                     |               |
| 10                                  | Wyświetlacz o przekątnej min. 88,9 mm (3,5 cala), TFT LCD, białe podświetlenie LED, kąt oglądania 60 stopni, optymalna odległość oglądania jeden metr, o rozdzielczości minimalnej 320 x 480 pikseli | tak                     |               |
| 11                                  | Zakres pomiaru saturacji 1-100%  | tak                     |               |
| 12                                  | Dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70% - 100% +/- 3 %   | tak                     |               |
| 13                                  | Zakres pomiaru pulsu mni.20 –250 uderzeń na minutę   | tak                     |               |
| 14                                  | Dokładność pomiaru w całym zakresie +/- 3 bpm  | tak                     |               |
| 15                                  | Ciągły tryb monitorowania parametrów   | tak                     |               |
| 16                                  | Pamięć umożliwiająca rejestrację łącznie 80 godzin danych dotyczących zdarzeń. Zapisuje datę i godzinę, parametry alarmowe i wyniki pomiarów tętna oraz SpO2   | tak                     |               |
| 17                                  | Gwarancja min. 24 miesiące.  | tak                     |               |

**CZĘŚĆ NR 20**

| <b>INHALATOR TŁOKOWY</b>            |                               |                         |               |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |                               |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |                               |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia    | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Przeznaczony do pracy ciągłej | tak                     |               |
| 2                                   | Pojemnik na lekarstwo 5 ml    | tak                     |               |

|    |   |     |  |
|----|---|-----|--|
| 3  | Poziom hałasu powyżej 65db w odległości 1m  | tak |  |
| 4  | Waga 1,6 -2 KG  | tak |  |
| 5  | Warunki pracy w temp. 5°C÷40°C, wilgotność 15÷93%   | tak |  |
| 6  | Przechowywanie temp.: -40°C÷70°C, wilgotność 10÷100%  | tak |  |
| 7  | W zestawie kompresor, maseczka dla dzieci, maska dla dorosłych, rozpylacz, przewód powietrza, widelec nosowy mały i duży, dodatkowe filtry powietrza, instrukcja użycia | tak |  |
| 8  | Możliwość zakładania drenów jednorazowych (z nebulizatorem, maską lub ustnikiem innych producentów)   | tak |  |
| 9  | Ciśnienie robocze 0,8 bar   | tak |  |
| 10 | Średnia wielkość cząsteczek 7,75-3.41   | tak |  |
| 11 | Komora na akcesoria   | tak |  |
| 12 | Gwarancja min. 24 miesiące.   | tak |  |

**CZĘŚĆ NR 21**

| TABLICA INFORMACYJNA TRIAGE         |                                |                         |               |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |                                |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |                                |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia     | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Z ustaloną zawartością opisową | tak                     |               |
| 2                                   | Wymiar 100 cm x 80 cm          | tak                     |               |
| 3                                   | Front z plexi antyrefleksyjnej | tak                     |               |
| 4                                   | Projekt graficzny,             | tak                     |               |
| 5                                   | Grafika jednostronna           | tak                     |               |
| 6                                   | Kolorowa                       | tak                     |               |
| 7                                   | Gwarancja min. 24 miesiące.    | tak                     |               |

**CZĘŚĆ NR 22 ROLETY (Tabela 1 – 3)**

Tabela nr 1

| ROLETY DO OKIEN Z LUFTEM, JEDNOSKRZYDŁOWE |   |                         |               |
|---|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia:       |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:               |   |                         |               |
| Lp.                                       | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1   | Komplet rolet składa się z 2 części o wymiarach szyb:<br>1) część górna - szerokość 64 cm x wysokość 43 cm<br>2) część dolna - szerokość 64 cm x wysokość 93 cm<br>Wymiary są wymiarami przybliżonymi   | tak                     |               |
| 2   | W przypadku okien wielodzielnych na każdą oddzielnie otwieraną część okna zamontowana oddzielna roleta  | tak                     |               |
| 3   | Rolety należy montować na ramie okiennej. Sposób montowania rolet nie może przyczynić się do uszkodzenia ram okiennych. Każda roleta będzie montowana w kasetce oraz prowadnicach PCV w kolorze zgodnym z kolorem istniejących ram okiennych. Rolety przeznaczone do ochrony przed światłem słonecznym i nadmiernym nagrzewaniem się pomieszczeń. Roleta ma być zamontowana w kasecie i prowadnicach z napędem ręcznym. Montowana wewnątrz pomieszczenia do ram okna, w sposób zapewniający możliwość pełnego zwijania i rozwijania poszycia rolety, tak aby zapewnić możliwość właściwej obsługi okien. Obsługa odbywa się poprzez zwijanie i rozwijanie rolety za pomocą mechanizmu ręcznego (koralik samohamujący) do poziomu zamocowanej blokady koralika. Ruch mechanizmu poprzez koralik powinien odbywać się bez nadmiernego przeciążenia. Ruch rolety odbywa się w kierunkach; dół – góra, góra – dół. Zastosowany napęd pozwala na zatrzymanie rolety w dowolnym miejscu w obszarze pracy. | tak                     |               |
| 4   | Tkanina rolet montowanych na oknach będzie:<br>- Niepodgumowana<br>- Bez domieszki gumy w składzie materiału<br>- Impregnowana<br>- Odporna na wilgoć<br>- Odporna na promienie słoneczne<br>- Jednobarwna  | tak                     |               |

|   |  |     |  |
|---|--|-----|--|
|   | - Zaciemniająca, o możliwości uzyskania maksymalnego zaciemnienia nie mniejszego niż 70%   |     |  |
| 5 | Przed przystąpieniem do realizacji zadania Wykonawca ponosi odpowiedzialność za prawidłowy pomiar rolet do okien wskazanych w opisie przedmiotu zamówienia.  | tak |  |
| 6 | Przed przystąpieniem do realizacji zadania Wykonawca uzgodni kolorystykę tkanin oraz kolorystykę kasetek i prowadnic. Przewiduje się jednolitą kolorystykę dla wszystkich rolet. W celu wyboru koloru tkanin i elementów PCV Wykonawca przedstawi Zamawiającemu paletę próbek tkanin i paletę kolorystyczną elementów PCV. | tak |  |
| 7 | Przed podpisaniem umowy na życzenie Zamawiającego Wykonawcy przedstawią do wglądu próbki tkanin, prowadnic i kasetek PCV (dotyczy rolet z oferty), w celu potwierdzenia spełnienia wymogów opisu przedmiotu zamówienia.  | tak |  |
| 8 | Montaż rolet będzie się odbywał w dni robocze (od poniedziałku do piątku) w godzinach od 8:00 do 14:00.  | tak |  |
| 9 | Gwarancja min. 24 miesiące.  | tak |  |

Tabela nr 2

| ROLETY DO OKIEN TRZYKRZYDŁOWE       |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Komplet rolet składa się z 5 części o wymiarach szyb:<br>1) część górna lewa - szerokość 101 cm x wysokość 43 cm<br>2) część górna prawa - szerokość 101 cm x wysokość 43 cm<br>3) część dolna lewa - szerokość 62 cm x wysokość 95 cm<br>Wymiary są wymiarami przybliżonymi<br>4) część dolna środkowa - szerokość 62 cm x wysokość 95 cm<br>5) część dolna prawa - szerokość 62 cm x wysokość 95 cm<br>Wymiary są wymiarami przybliżonymi   | tak                     |               |
| 2                                   | W przypadku okien wielodzielnych na każdą oddzielnie otwieraną część okna zamontowana oddzielna roleta  | tak                     |               |
| 3                                   | Rolety należy montować na ramie okiennej. Sposób montowania rolet nie może przyczynić się do uszkodzenia ram okiennych. Każda roleta będzie montowana w kasetce oraz prowadnicach PCV w kolorze zgodnym z kolorem istniejących ram okiennych. Rolety przeznaczone do ochrony przed światłem słonecznym i nadmiernym nagrzewaniem się pomieszczeń. Roleta ma być zamontowana w kasecie i prowadnicach z napędem ręcznym. Montowana wewnątrz pomieszczenia do ram okna, w sposób zapewniający możliwość pełnego zwijania i rozwijania poszycia rolety, tak aby zapewnić możliwość właściwej obsługi okien. Obsługa odbywa się poprzez zwijanie i rozwijanie rolety za pomocą mechanizmu ręcznego (koralik samohamujący) do poziomu zamocowanej blokady koralika. Ruch mechanizmu poprzez koralik powinien odbywać się bez nadmiernego przeciążenia. Ruch rolety odbywa się w kierunkach; dół – góra, góra – dół. Zastosowany napęd pozwala na zatrzymanie rolety w dowolnym miejscu w obszarze pracy. | tak                     |               |
| 5                                   | Przed przystąpieniem do realizacji zadania Wykonawca ponosi odpowiedzialność za prawidłowy pomiar rolet do okien wskazanych w opisie przedmiotu zamówienia.   | tak                     |               |
| 6                                   | Przed przystąpieniem do realizacji zadania Wykonawca uzgodni kolorystykę tkanin oraz kolorystykę kasetek i prowadnic. Przewiduje się jednolitą kolorystykę dla wszystkich rolet. W celu wyboru koloru tkanin i elementów PCV Wykonawca przedstawi Zamawiającemu paletę próbek tkanin i paletę kolorystyczną elementów PCV.  | tak                     |               |
| 7                                   | Przed podpisaniem umowy na życzenie Zamawiającego Wykonawcy przedstawią do wglądu próbki tkanin, prowadnic i kasetek PCV (dotyczy rolet z oferty), w celu potwierdzenia   | tak                     |               |

|   |   |     |  |
|---|---|-----|--|
|   | spełnienia wymogów opisu przedmiotu zamówienia.   |     |  |
| 8 | Montaż rolet będzie się odbywał w dni robocze (od poniedziałku do piątku) w godzinach od 8:00 do 14:00. | tak |  |
| 9 | Gwarancja min. 24 miesiące.   | tak |  |

Tabela nr 3

| ROLETY MIĘDZY SALAMI                |   |                         |               |
|-------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |   |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |   |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia  | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Wymiar szyby - szerokość 139 cm x wysokość 50 cm<br>Wymiary są wymiarami przybliżonymi  | tak                     |               |
| 2                                   | W przypadku okien wielodzielných na każdą oddzielnie otwieraną część okna zamontowana oddzielna roleta  | tak                     |               |
| 3                                   | Rolety należy montować na ramie okiennej. Sposób montowania rolet nie może przyczynić się do uszkodzenia ram okiennych. Każda roleta będzie montowana w kasetce oraz prowadnicach PCV w kolorze zgodnym z kolorem istniejących ram okiennych. Rolety przeznaczone do ochrony przed światłem słonecznym i nadmiernym nagrzewaniem się pomieszczeń. Roleta ma być zamontowana w kasecie i prowadnicach z napędem ręcznym. Montowana wewnątrz pomieszczenia do ram okna, w sposób zapewniający możliwość pełnego zwijania i rozwijania poszycia rolety, tak aby zapewnić możliwość właściwej obsługi okien. Obsługa odbywa się poprzez zwijanie i rozwijanie rolety za pomocą mechanizmu ręcznego (koralik samohamujący) do poziomo zamocowanej blokady koralika. Ruch mechanizmu poprzez koralik powinien odbywać się bez nadmiernego przeciążenia. Ruch rolety odbywa się w kierunkach; dół – góra, góra – dół. Zastosowany napęd pozwala na zatrzymanie rolety w dowolnym miejscu w obszarze pracy. | tak                     |               |
| 5                                   | Przed przystąpieniem do realizacji zadania Wykonawca ponosi odpowiedzialność za prawidłowy pomiar rolet do okien wskazanych w opisie przedmiotu zamówienia.   | tak                     |               |
| 6                                   | Przed przystąpieniem do realizacji zadania Wykonawca uzgodni kolorystykę tkanin oraz kolorystykę kasetek i prowadnic. Przewiduje się jednolitą kolorystykę dla wszystkich rolet. W celu wyboru koloru tkanin i elementów PCV Wykonawca przedstawi Zamawiającemu paletę próbek tkanin i paletę kolorystyczną elementów PCV.  | tak                     |               |
| 7                                   | Przed podpisaniem umowy na życzenie Zamawiającego Wykonawcy przedstawią do wglądu próbki tkanin, prowadnic i kasetek PCV (dotyczy rolet z oferty), w celu potwierdzenia spełnienia wymogów opisu przedmiotu zamówienia.   | tak                     |               |
| 8                                   | Montaż rolet będzie się odbywał w dni robocze (od poniedziałku do piątku) w godzinach od 8:00 do 14:00.   | tak                     |               |
| 9                                   | Gwarancja min. 24 miesiące.   | tak                     |               |

**CZĘŚĆ NR 23**

| POMPA INFUZYJNA                     |  |                         |               |
|-------------------------------------|--|-------------------------|---------------|
| Nazwa i typ oferowanego urządzenia: |  |                         |               |
| Producent/kraj pochodzenia:         |  |                         |               |
| Lp.                                 | Opis przedmiotu zamówienia   | Wymóg graniczny/Rozmiar | Potwierdzenie |
| 1                                   | Duży, czytelny wyświetlacz   | tak                     |               |
| 2                                   | Możliwość podglądu i zmiany parametrów w trakcie infuzji                               | tak                     |               |
| 3                                   | Duża liczba obsługiwanych typów strzykawk w zakresie pojemności 5 - 60 ml (powyżej 55) | tak                     |               |
| 4                                   | Automatyczne rozpoznawanie rozmiaru strzykawki   | tak                     |               |
| 5                                   | Tryb pracy „standard” umożliwiający programowanie w jednostkach objętościowych         | tak                     |               |
| 6                                   | tryb pracy „aneste” umożliwiający programowanie w jednostkach wagowych                 | tak                     |               |
| 7                                   | tryb pracy „profil” umożliwiający infuzję wielofazową,                                 | tak                     |               |

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
| 8  | funkcja bezpiecznego podawania dawki uderzeniowej  | tak |  |
| 9  | BOLUS,<br>* system wielopoziomowego wykrywania okluzji z funkcją Anty-Bolus (ABS)<br>* rozbudowany system alarmów<br>* wbudowana biblioteka leków<br>* wbudowany system testów<br>* komunikacja zewnętrzna w standardzie RS-232<br>* możliwość odczytu historii zdarzeń na wyświetlaczu i w postaci pliku XML<br>* możliwość długotrwałej pracy z akumulatora<br>* możliwość mocowania na statywie, na łóżku lub specjalnej szynie | tak |  |
| 10 | Prędkość dozowania: nastawiana co 0,1 ml/h :<br>0,1 ÷ 2000 ml/h dla strzykawki 50 ml<br>0,1 ÷ 1200 ml/h dla strzykawki 30 ml<br>0,1 ÷ 1000 ml/h dla strzykawki 20 ml<br>0,1 ÷ 600 ml/h dla strzykawki 10 ml<br>0,1 ÷ 400 ml/h dla strzykawki 5 ml  | tak |  |
| 11 | Objętość infuzji: 0,1 ÷ 1000 ml, ustawiana co 0,1 ml   | tak |  |
| 12 | Maksymalna prędkość dozowania dawki uderzeniowej (bolus):<br>nastawiana co 0,1 ml/h<br>do 2000 ml/h dla strzykawki 50 ml<br>do 1200 ml/h dla strzykawki 30 ml<br>do 1000 ml/h dla strzykawki 20 ml<br>do 600 ml/h dla strzykawki 10 ml<br>do 400 ml/h dla strzykawki 5 ml  | tak |  |
| 13 | Jednostki programowania infuzji: ml/h, µg/h, mg/h, µg/kg/h, mg/kg/h, µg/kg/min, mg/kg/min  | tak |  |
| 14 | Dawka uderzeniowa (bolus): do objętości strzykawki, ustawiana co 0,1ml   | tak |  |
| 15 | Dawka początkowa: do objętości strzykawki  | tak |  |
| 16 | Koncentracja leku: 0,1 ÷ 9999 µg/ml, mg/ml   | tak |  |
| 17 | Waga pacjenta: do 300 kg   | tak |  |
| 18 | Czas infuzji: maks. 99 godz. 59 min. 59 sek  | tak |  |
| 19 | Prędkość KVO: 0 ÷ 5 ml, programowana co 0,1 ml/h   | tak |  |
| 20 | Dokładność dozowania: +-2%   | tak |  |
| 21 | Programowane ciśnienie okluzji - 9 poziomów: 40 ÷ 120 kPa co 10 kPa  | tak |  |
| 22 | Typy strzykawk: 5, 10, 20, 30, 50/60 ml  | tak |  |
| 23 | Zasilanie: 100 - 240 VAC, 50/60 Hz lub 12 - 15 VDC   | tak |  |
| 24 | Akumulator wewnętrzny o podwyższonej trwałości (min 940 mAh)   | tak |  |
| 25 | Czas pracy z akumulatora: min. 20 h przy prędkości 5 ml/h.   | tak |  |
| 26 | Czas ładowania akumulatora: max. 24 h  | tak |  |
| 27 | Klasa ochronności: min. I, typ CF, IP42  | tak |  |
| 28 | Wymagania bezpieczeństwa (normy):<br>Typu EN 60601-1 lub równoważna<br>Typu EN 60601-1-2 (EMC) lub równoważna<br>Typu EN 60601-2-24 lub równoważna<br>Typu MDD 93/42/EEC lub równoważna  | tak |  |
| 29 | Ciężar pompy: max. 4,2 kg  | tak |  |
| 30 | Właściwości urządzenia:<br>Interfejs: Gniazdo alarmu zewnętrznego: 24 V, 1 A<br>Wyświetlacz: LCD duży, czytelny, dwuwierszowy, 2 x 16 znaków   | tak |  |
| 31 | Inne możliwości:<br>– likwidacja bolusa okluzyjnego (ABS)<br>– automatyczne rozpoznawanie strzykawk<br>– informacja o stanie naładowania akumulatora<br>– biblioteka leków z możliwością modyfikacji<br>– wskaźnik ciśnienia infuzji<br>– programowanie nazwy oddziału<br>– blokada zmiany parametrów hasłem   | tak |  |



|   |  |     |  |
|---|--|-----|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>- funkcja wypełniania drenu</li><li>- funkcja STAND-BY</li><li>- testy użytkownika i serwisowe</li></ul> |     |  |
| 9 | Gwarancja min. 24 miesiące.  | tak |  |

**PROJEKT UMOWY NR ... ..TP.382.....2020 BS**  
zamówienie w trybie przetargu nieograniczonego art. 39 ustawy Prawo zamówień publicznych

|          |       |
|----------|-------|
| dotyczy: | ..... |
|----------|-------|

Umowa zawarta w dniu .....2021 roku w Koszalinie, pomiędzy:  
 Szpitalem Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika  
 ul. T. Chałubińskiego 7, 75 – 581 Koszalin  
 NIP: 669-10-44-410, REGON: 330006292, BDO: 000008455, KRS: 0000006505  
 reprezentowanym przez Andrzeja Kondaszewskiego – Dyrektora  
 zwanym dalej *Kupującym*  
 a  
 NIP:.....REGON:.....KRS:.....  
 reprezentowanym przez: .....  
 zwanym dalej *Sprzedawcą*

§ 1

1. Sprzedawca zobowiązuje się do sprzedaży i dostarczenia Kupującemu ..... za cenę i w ilości jak w formularzu ofertowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy i będącej integralną częścią umowy.
2. Wartość sprzętu netto: ..... zł, brutto: ..... zł..
3. Sprzedawca poniesie koszt:
  - 1) Dostarczenia sprzętu do Kupującego;
  - 2) Montażu i uruchomienia sprzętu u Kupującego;
  - 3) Przeszkolenie personelu w zakresie obsługi;
  - 4) Ubezpieczenia sprzętu na czas dostawy i do czasu uruchomienia;
4. Dostawa sprzętu nastąpi w terminie do .....2020 r. – po wcześniejszym ustaleniu miejsca dostawy oraz montażu i instalacji z ....., tel. ....

§ 2

1. Na zakupiony sprzęt Sprzedawca udziela ... miesięcznej gwarancji oraz zobowiązuje się do wykonania nieodpłatnego serwisu gwarancyjnego.
2. W okresie gwarancji w przypadku wystąpienia awarii dostawa sprzętu zastępczego nastąpi do 7 dni od zgłoszenia.
3. Po upływie okresu gwarancji istnieje możliwość podpisania umowy serwisowej określającej szczegółowo warunki przeglądów i napraw pogwarancyjnych.
4. Maksymalna liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany elementu na nowy: 3 tego samego elementu.
5. Okresowe przeglądy techniczne z niezbędnymi testami w cenie dostawy – minimum raz w roku przez okres trwania gwarancji lub częściej jeśli wymaga tego zalecenie dostawcy/producenta, przy czym ostatni przegląd należy przeprowadzić w miesiącu kończącym okres gwarancji.
6. Okresowe przeglądy techniczne należy zakończyć stosownymi certyfikatami.
7. Okresowe przeglądy techniczne odbywać się będą w miejscu użytkowania.
8. Za terminowość wykonanych przeglądów w okresie gwarancji odpowiedzialny jest Sprzedawca.
9. Koszty transportu sprzętu w przypadku konieczności jego wysyłki w trakcie okresu gwarancyjnego ponosi Sprzedawca.
10. Czas przystąpienia do naprawy – 48 godzin od zgłoszenia.

§ 3

1. Zapłata nastąpi w formie przelewu bankowego na rachunek Sprzedawcy nr ..... do 60 dni od dnia doręczenia faktury, dostawy i instalacji sprzętu.
2. Kupujący wymaga, aby faktura za dostarczony towar była opisana numerem realizowanej umowy.

§ 4

1. Sprzedawca zapłaci Kupującemu kary umowne w przypadku:
  - 1) niezrealizowania umowy w terminie, o którym mowa w § 1 ust. 4 w wysokości 0,2 % wartości brutto umowy określonej w § 1 ust. 2.
  - 2) usuwania awarii lub wymiany sprzętu na wolny od wad w wysokości 0,2 % wartości brutto przedmiotu umowy zgłoszonego jako awaryjny, za każdy rozpoczęty dzień przekroczenia ustalonego terminu usunięcia awarii lub wymiany sprzętu na nowy lub dostawy sprzętu zastępczego, liczony od terminu zakończenia okresu oczekiwania na usunięcie awarii lub wymiany sprzętu.

- 3) odstąpienia od umowy przez Kupującego z przyczyn zależnych od Sprzedawcy - w wysokości 10% wartości brutto umowy, określonej w § 1 ust. 2.
2. Kupujący zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych.
3. Zapłata kar umownych następuje na pisemne wezwanie Kupującego w terminie 10 dni od dnia otrzymania wezwania.

#### § 5

Zmiana wierzyciela dokonana bez zgody podmiotu tworzącego Kupującego jest nieważna.

#### § 6

1. Sprzedawca wraz ze sprzętem dostarczy:
  - 1) Wymagane prawem dokumenty właściwe dla przedmiotu zamówienia w celu jego uruchomienia i eksploatacji.
  - 2) Wypełniony paszport techniczny danego sprzętu.
  - 3) Instrukcję bhp sprzętu w języku polskim.
  - 4) Instrukcję obsługi sprzętu w języku polskim.
  - 5) Zbiorcze zestawienie dostarczonego sprzętu zawierające: nazwę, typ, producent, rok produkcji, numer fabryczny.
2. Uruchomienie sprzętu oraz przeszkolenie personelu nastąpi protokolarnie w terminie uzgodnionym z Kupującym, przy czym okres gwarancji liczony będzie od dnia uruchomienia sprzętu i przeszkolenia personelu, zgodnie z protokołem odbioru zawierającym:
  - 1) Nazwę i typ sprzętu;
  - 2) Numer fabryczny sprzętu;
  - 3) Rok produkcji sprzętu;
  - 4) Producent;
  - 5) Data uruchomienia;
  - 6) Listę przeszkolonych pracowników;
  - 7) Odnotowanie przekazania instrukcji obsługi dla personelu obsługującego.
  - 8) Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania okresowej konserwacji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa, które zgodnie z instrukcją używania wyrobu nie mogą być wykonywane przez użytkownika (zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych Dz.U.2017.211 t.j.)
  - 9) Wykaz dostawców specjalnych części zamiennych i materiałów, części zużywalnych lub materiałów eksploatacyjnych określonych przez wytwórcę wyrobu (zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych Dz.U.2017.211 t.j.).

#### § 7

Wszelkie zmiany do niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu do umowy pod rygorem nieważności.

#### § 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową będą miały zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy Prawo zamówień publicznych.

#### § 9

Spory wynikłe na tle wykonania niniejszej umowy, strony poddadzą rozstrzygnięciu właściwemu rzeczowo Sądowi w Koszalinie.

#### § 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

#### Załączniki do umowy:

1. Formularz ofertowy.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.
3. Wykaz dostawców specjalnych części zamiennych.
4. Wykaz podmiotów upoważnionych wykonywania czynności serwisowych.

KUPUJĄCY:

SPRZEDAWCA:

**PROJEKT UMOWY NR ... ..TP.382.....2020 BS**  
zamówienie w trybie przetargu nieograniczonego art. 39 ustawy Prawo zamówień publicznych

|          |                   |
|----------|-------------------|
| dotyczy: | Części 13, 14, 15 |
|----------|-------------------|

Umowa zawarta w dniu .....2021 roku w Koszalinie, pomiędzy:

Szpitałem Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika

ul. T. Chałubińskiego 7, 75 – 581 Koszalin

NIP: 669-10-44-410, REGON: 330006292, BDO: 000008455, KRS: 0000006505

reprezentowanym przez Andrzeja Kondaszewskiego – Dyrektora  
zwanym dalej *Kupującym*

a

NIP:.....REGON:.....KRS:.....

reprezentowanym przez: .....

zwanym dalej *Sprzedawcą*

### § 1

1. Sprzedawca zobowiązuje się do sprzedaży i dostarczenia Kupującemu ..... za cenę jak w formularzu cenowym, stanowiący załącznik nr 1 do umowy i będącej integralną częścią umowy.
2. Wartość sprzętu netto: ..... zł, brutto: ..... zł.
3. Sprzedawca poniesie koszt:
  - 1) Dostarczenia sprzętu do Kupującego;
  - 2) Ubezpieczenia sprzętu na czas dostawy.
4. Dostawa sprzętu nastąpi w terminie do ..... r. – po wcześniejszym ustaleniu ilości i miejsca dostawy z ....., tel. ....

### § 2

1. Zakupiony sprzęt objęty jest ..... miesięczną gwarancją. Gwarancja świadczona w siedzibie Zamawiającego, chyba że niezbędne będzie naprawa sprzętu w siedzibie producenta lub autoryzowanym przez niego punkcie serwisowym - wówczas koszt transportu do i z naprawy pokrywa Wykonawca,
2. Czas reakcji na zgłoszoną reklamację gwarancyjną - do końca następnego dnia roboczego. Czas na naprawę lub wymianę sprzętu do ... dni roboczych.
3. Naprawy gwarancyjne urządzeń muszą być realizowane przez Producenta lub Autoryzowanego Partnera Serwisowego Producenta.
4. W przypadku awarii dysków twardech dysk pozostaje u Zamawiającego.
5. Koszty transportu sprzętu w przypadku konieczności ich wysyłki w trakcie okresu gwarancyjnego ponosi Sprzedawca.
6. Po upływie okresu gwarancji istnieje możliwość podpisania umowy serwisowej określającej szczegółowo warunki przeglądów i napraw pogwarancyjnych.
7. Możliwość telefonicznego sprawdzenia konfiguracji sprzętowej oraz warunków gwarancji po podaniu numeru seryjnego bezpośrednio u producenta lub jego przedstawiciela.
8. Dostęp do najnowszych sterowników i uaktualnień na stronie producenta zestawu realizowany poprzez podanie na dedykowanej stronie internetowej producenta numeru seryjnego lub modelu sprzętu – do oferty należy dołączyć link strony.

### § 3

1. Zapłata nastąpi w formie przelewu bankowego na rachunek Sprzedawcy nr ..... w terminie do 60 dni od dnia doręczenia faktury, potwierdzającej dostawę towaru.
2. Kupujący zaleca, aby faktura za dostarczony towar była opisana numerem realizowanej umowy.

### § 4

1. Sprzedawca zapłaci Kupującemu kary umowne w przypadku:
  - 1) niezrealizowania umowy w terminie, o którym mowa w § 1 ust. 4 w wysokości 0,2% wartości brutto umowy za każdy dzień nieterminowego wykonania umowy,
  - 2) usuwania awarii lub wymiany komputera na wolny od wad, w wysokości 0,2 % wartości brutto przedmiotu umowy zgłoszonego jako awaryjny, za każdy rozpoczęty dzień nieterminowego usunięcia awarii lub wymiany komputera, liczone od terminu zakończenia okresu oczekiwania na usunięcie awarii lub wymiany komputera.
  - 3) odstąpienia od umowy przez Kupującego z przyczyn zależnych od Sprzedawcy - w wysokości 10% wartości brutto umowy, określonej w § 1 ust. 2.

2. Kupujący zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przewyższającego wysokość zastrzeżonych kar umownych.
3. Zapłata kar umownych następuje na pisemne wezwanie Kupującego w terminie 10 dni od dnia otrzymania wezwania.
4. Kupujący zastrzega sobie prawo potrącenia kar umownych z wynagrodzeń należnych Sprzedawcy.

#### § 5

Zmiana wierzyciela dokonana bez zgody podmiotu tworzącego Kupującego jest nieważna.

#### § 6

1. Sprzedawca wraz z urządzeniami dostarczy:
  - 1) Wymagane prawem dokumenty właściwe dla przedmiotu zamówienia w celu jego uruchomienia i eksploatacji.
  - 2) Instrukcję obsługi sprzętu w języku polskim.
  - 3) Zbiorcze zestawienie dostarczonego sprzętu zawierające: nazwę, typ, producent, rok produkcji, numer fabryczny.
  - 4) Dokument gwarancji.
2. Z dostawy zostanie sporządzony protokół zawierający:
  - 1) Nazwę i typ urządzenia;
  - 2) Numer fabryczny;
  - 3) Rok produkcji;
  - 4) Producent;

#### § 7

Wszelkie zmiany do niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu do umowy pod rygorem nieważności.

#### § 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową będą miały zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy Prawo zamówień publicznych

#### § 9

Spory wynikłe na tle wykonania niniejszej umowy, strony poddadzą rozstrzygnięciu właściwemu rzeczowo Sądowi w Koszalinie.

#### § 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

#### Załączniki do umowy:

1. Formularz ofertowy
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

KUPUJĄCY:

SPRZEDAWCA: