**Załącznik nr: 1**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Przedmiotem zamówienia jest dostawa wyposażenia medycznego Dziennego Domu Pomocy Medycznej (DDOM).**

**Zadanie nr: 1**

Kod CPV 33.19.21.20-9 Łóżka szpitalne

**Łóżka rehabilitacyjne z wyposażeniem– szt 2.**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  **Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | **Łóżko rehabilitacyjne dla dorosłych pacjentów, sterowane elektryczne przy pomocy pilota – szt 2** |  | - |
|  | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji ( nie starsze niż 2018 r.)  3. Producent | ………………………………………………  ……………………………………………….  ………………………………………………. | **-** |
|  | Zasilanie elektryczne 220/230 V |  | bez punktacji |
|  | Wymiary maksymalne:  -długość max. 2100 mm (+/- 60 mm)  -szerokość całkowita z krążkami odbojowymi max. 1000 mm (+/- 50 mm)  -regulacja wysokości w zakresie min. 400- 700 mm |  | bez punktacji |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 150 kg. |  | bez punktacji |
|  | - konstrukcja łóżka bezpieczna konstrukcja wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym lub ze stali szlachetnej  - leże 4-segmentowe min. 3 segmenty ruchome , wypełnione płytami z polipropylenu  - w ramie leża zamontowane krążki odbojowe,  -szczyty – konstrukcja klasyczna, wypełnienie szczytów wykonane z płyty wodoodpornej  - oparcie pleców z funkcja zabezpieczającą pacjenta przed zakleszczeniem w segmencie oparcia pleców i uda (funkcja autokonturu),  - autoregresja segmentu oparcia pleców zapobiegająca przed zsuwaniem pacjenta. |  | bez punktacji |
|  | Sterowanie elektrycznych funkcji łóżka pilotem przewodowym i panelem centralnym |  | bez punktacji |
|  | Sterowane elektrycznie:  - elektryczna regulacja wysokości  - segmentu oparcia pleców,  - segmentu uda,  - pozycja antyszokowa Trendelenburga,  - pozycja anty-Trendelenburga, |  | bez punktacji |
|  | Regulacja segmentu podudzia- sterowana ręcznie mechanizmem zapadkowym |  | bez punktacji |
|  | Łóżko sterowane przewodowym pilotem z możliwością blokady funkcji przez personel medyczny. Dodatkowo pilot wyposażony w sygnalizację dźwiękową aktywowaną każdorazowo przy zmianie pozycji leża podczas odłączenia od zasilania sieciowego. Optyczny wskaźnik podłączenia do sieci oraz ładowania akumulatora. |  | bez punktacji |
|  | Układ jezdny 4 koła o średnicy min.125 mm z blokadą |  | -koła o średnicy 125mm – 0 pkt  - większe – 10 pkt |
|  | Barierki boczne |  | - barierki aluminiowe na całej długości łóżka – 10 pkt  -barierki na długości ¾ - 0 pkt |
|  | Wysuwana półka na pościel |  | Tak- 10 opkt  Nie – 0 pkt |
|  | Kolor wypełnień szczytów do wyboru przez Zamawiającego z min. 5 kolorów |  | bez punktacji |
| **II** | **Funkcjonalność:** |  | - |
| 1 | Możliwość montażu ramy wyciągowej z uchwytem do ręki |  | Tak- 10 pkt  Nie – 0 pkt |
| 2 | Możliwość przedłużania i skracania leża |  | Tak- 10 opkt  Nie – 0 pkt |
| **III** | **Wyposażenie - komplet wyposażenia na 1 łóżko:** |  | - |
| 1 | - wysięgnik z uchwytem ręki |  | bez punktacji |
| 2 | - uchwyt na worek do moczu (możliwość montażu po obu stronach łóżka) |  | bez punktacji |
| 3 | - wieszak kroplówek, |  | bez punktacji |
| 4 | - materac dopasowany do rozmiarów leża o grubości ok. 10cm, w zdejmowanym pokrowcu z zamkiem błyskawicznym wykonany z włókna tekstylnego, pokrytego przepuszczającym parę wodną poliuretanem, pokrowiec na materac odporny na przemakanie, zanieczyszczenia przenikanie mikroorganizmów, wytrzymały, elastyczny odporny na ścieranie, łatwy do dezynfekcji i prania – szt 1, |  | bez punktacji |
| 5 | - pokrowiec dodatkowy na materac – szt 1 |  | bez punktacji |
| **IV** | **Gwarancja** | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *wpisać* | *parametr oceniany* |
| **V** | **Serwis** | ***-*** | ***-*** |
| 1 | Czas reakcji serwisu przyjęte zgłoszenie- podjęta naprawa (w dni robocze) max.48 godz. |  | 48 godzin – 0 pkt  za każdą godzinę mniej 1 pkt |
| 2 | Czas usunięcia awarii ( w dni robocze)- max.7 dni |  | 7 dni – 0 pkt  za każdy dzień mniej – 5 pkt |
| 3 | Liczba dni przestoju przedłużająca termin gwarancji- max 7 |  | bez punktacji |
| 4 | Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy – max.3 |  | bez punktacji |
| 5 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie –min 3 miesiące |  | bez punktacji |
| 6 | W okresie gwarancji przeglądy techniczne min.1 raz w roku.  Zamawiający wymaga dokonania dodatkowego przeglądu technicznego w ostatnim miesiącu przed upływem terminu gwarancji potwierdzonego wpisem do paszportu urządzenia. |  | bez punktacji |
| **VI** | **Szkolenie personelu** wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi, konserwacji oraz mycia i dezynfekcji urządzenia potwierdzone stosownym zaświadczeniem. |  | bez punktacji |
| **VII** | **Inne wymagania** | ***-*** | ***-*** |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | ***dołączyć do oferty*** | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | ***dostarczyć wraz z urządzeniem*** | bez punktacji |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | ***dołączyć do oferty*** | bez punktacji |

**Szafka przyłóżkowa z blatem bocznym – szt 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  **Opisać lub wpisać Tak/Nie** | Parametry wymagane i oceniane |
| **I** | **Szafka przyłóżkowa z blatem bocznym – szt 2** |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ……………………………………………  ……………………………………………  …………………………………………… | **-** |
| 2 | Korpus szafki wykonany z profili, ramki szuflad oraz boki korpusu wykonane z ocynkowanej stali pokrytej lakierem, blat szafki oraz czoła szuflad wykonane z wytrzymałego i wodoodpornego tworzywa HPL, krawędzie zabezpieczone relingiem |  | bez punktacji |
| 3 | Tylna część blatu szafki wyposażona w aluminiowy reling posiadający haczyk na ręcznik |  | bez punktacji |
| 4 | Szafka składająca się z dwóch szuflad, pomiędzy szufladami półka na prasę o wysokości min. 150 mm. |  | bez punktacji |
| 5 | Szuflada górna wyposażona w odejmowany tworzywowy (ABS) wkład ułatwiający mycie i dezynfekcję z podziałem, szuflada na prowadnicach rolkowych umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie. |  | bez punktacji |
| 6 | Szuflada dolna wyposażona w odejmowany tworzywowy (ABS) wkład łatwy do mycia i dezynfekcji dzielący wnętrze szuflady na 3 części. Jedna z części ma pełnić funkcję uchwytu na 2 butelki o pojemności min. 1,5 l, uchwyt na butelki z możliwością jego demontażu. Wysokość szuflady min. 350 mm. Szuflada wyposażona w prowadnice rolkowe umożliwiające ciche i łatwe wysuwanie i domykanie. |  | bez punktacji |
| 7 | Czoła szuflad zaopatrzone w uchwyty |  | bez punktacji |
| 8 | Pod dolną szufladą półka na obuwie |  | bez punktacji |
| 9 | Szafka wyposażona w blat boczny z bezstopniową regulacją wysokości, |  | bez punktacji |
| 10 | Blat półki bocznej wykonany z wytrzymałego i wodoodpornego tworzywa HPL, wspornik blatu osłonięty osłoną, min. dwie krawędzie zabezpieczone relingiem |  | bez punktacji |
| 11 | Szafka wyposażona w 4 podwójne koła jezdne w tym min. 2 z blokadą, z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem. Blat boczny szafki wyposażony w dodatkowe 5 koło zapewniające większą stabilność podczas spożywania posiłków – piąte koło znajduje się centralnie pod obudową sprężyny gazowej. |  | bez punktacji |
| 12 | Konstrukcja szafki przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do użycia w szpitalach |  | bez punktacji |
| 13 | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatów z min. 5 kolorów oraz możliwość wyboru koloru ramy szafki w tym kolor szary, kolor płyt HPL oraz kolor powierzchni lakierniczych identyczny z kolorystyką łóżek tworzące spójny komplet |  | bez punktacji |
| **II** | **Gwarancja** | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy |  | bez punktacji |
| **V** | **Inne wymagania** | ***-*** | ***-*** |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | ***dołączyć do oferty*** | bez punktacji |
| 2 | Prospekt, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | ***dołączyć do oferty*** | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość szt*** | ***Cena netto***  ***w PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość netto***  ***W PLN*** | ***Wartość VAT***  ***W PLN*** | ***Wartość brutto***  ***W PLN*** |
| 1 | **Łóżka rehabilitacyjne**  **typ .………………………..** | **2** |  |  |  |  |  |
| 2 | **Szafka przyłóżkowa z blatem bocznym**  **typ…………………………………** | **2** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

.........................................

/Podpis i pieczęć wykonawcy /

**Zadanie nr:2**

Kod CPV 33.19.20.00-2 Meble medyczne

**Kozetka lekarska– szt 3.**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**I.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  **Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| 1 | **Kozetka lekarska**  1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowa, rok produkcji (podać)  3. Producent | ………………………………………………  ……………………………………………….  ………………………………………………. | **-** |
| 1) | Konstrukcja metalowa 2-częściowa, o regulowanej wysokości stelaża w zakresie ok. 40 do 80 cm, malowana proszkowo. |  | bez punktacji |
| 2) | Leże tapicerowane bezszwowo, zmywalne ( kolor tapicerki do wyboru Zamawiającego)  dł. 180-190 cm  szer. 55-60 cm |  | bez punktacji |
| 3) | Regulacja zagłówka za pomocą sprężyny gazowej w zakresie min. ± 40°. |  | bez punktacji |
| 2 | **Wyposażenie:** |  | bez punktacji |
| 1) | Uchwyt na rolkę podkładu jednorazowego |  | bez punktacji |
| 3 | **Gwarancja** | - | - |
| 1) | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *podać* | *parametr oceniany* |
| 4 | **Inne wymagania** | ***-*** | ***-*** |
| 1) | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | ***dołączyć do oferty*** | bez punktacji |
| 2) | Karta gwarancyjna | ***dostarczyć wraz z urządzeniem*** | bez punktacji |
| 3) | Prospekt, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | ***dołączyć do oferty*** | bez punktacji |

**II.**

**Szafa medyczna na leki – szt 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  **Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| 1 | **Szafa medyczna na leki**  1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowa, rok produkcji (podać)  3. Producent | ………………………………………………  ……………………………………………….  ………………………………………………. | **-** |
| 1) | Konstrukcja metalowa malowana proszkowo, z przeszklonymi drzwiczkami i blaszanymi szafkami na dole,  wysokość- max. 190 cm  szerokość - 80 cm  głębokość- w zakresie 40-45 cm |  | bez punktacji |
| 2) | Przeszklenie drzwi i półki ze szkła hartowanego. |  | bez punktacji |
| 3) | Na drzwiach uchwyt ryglujący. Blokada w dwóch punktach Zamykana na klucz oddzielnie góra, dół. |  | bez punktacji |
| 2 | **Wyposażenie:** |  | bez punktacji |
| 1) | Kółka skrętne w tym 2 z hamulcami |  | bez punktacji |
| 3 | **Gwarancja** | - | - |
| 1) | Gwarancja – min 12 miesięcy, | *podać* | bez punktacji |
| 4 | **Inne wymagania** | ***-*** | ***-*** |
| 1) | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | ***dołączyć do oferty*** | bez punktacji |
| 2) | Karta gwarancyjna | ***dostarczyć wraz z urządzeniem*** | bez punktacji |
| 3) | Prospekt, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | ***dołączyć do oferty*** | bez punktacji |

**Wózek zabiegowy wielofunkcyjny – 1 szt**

| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  *Opisać lub wpisać Tak/Nie* | **Parametry wymagane i oceniane** |
| --- | --- | --- | --- |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  | **-** |
| 1 | 1/ Typ/nazwa ........................................................  2/ Rok produkcji ……………………………….  3/ Producent........................................................... |  | bez punktacji |
| 2 | Konstrukcja wózka jednobryłowa ( jednoczęściowa) bez elementów łączonych |  | bez punktacji |
| 3 | Wymiary zewnętrzne: 800 x 700 x900  tolerancja dla wszystkich wymiarów +/- 5% |  | bez punktacji |
| 4 | Podstawa jezdna – 4 koła (nie brudzące podłoża) z blokadą |  | bez punktacji |
| 5 | Blat górny z pogłębieniem zabezpieczony przed zsuwaniem się przedmiotów |  | bez punktacji |
| 6 | Uchwyt do prowadzenia wózka |  | bez punktacji |
| 7 | Konstrukcja wózka wyposażona w centralny system zamknięcia szuflad ( na klucz) |  | Tak-10 pkt  Nie- 0 pkt |
| 8 | Możliwość umieszczenia na czole szuflad opisów identyfikujących ich zawartość. |  | Tak- 10 pkt  Nie – 0 pkt |
| 9 | Kolor wózka do wyboru Zamawiającego |  | bez punktacji |
| **II** | **Wyposażenie** |  | **-** |
| 1 | 4 szuflady o różnej wysokości |  | bez punktacji |
| 2 | Pojemnik na zużyte igły |  | bez punktacji |
| 3 | Kosz na odpadki |  | bez punktacji |
| 4 | Kosz na odpady skażone |  | bez punktacji |
| 5 | Wieszak na płyny infuzyjne |  | bez punktacji |
| **III** | **Gwarancja** |  | **-** |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy |  | bez punktacji |
| **IV** | **Inne wymagania** |  | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | dołączyć do oferty | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | dostarczyć wraz z urządzeniem | bez punktacji |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | dołączyć do oferty | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość***  ***szt/kpl*** | ***Cena netto***  ***w PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość VAT***  ***W PLN*** | ***Wartość netto***  ***W PLN*** | ***Wartość brutto***  ***W PLN*** |
| **1** | **Kozetka lekarska**  **typ……………………….** | **3** |  |  |  |  |  |
| **2** | **Szafa medyczna na leki**  **typ ......…………………..** | **1** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Wózek zabiegowy wielofunkcyjny**  **typ .………………………..** | **1** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ***Razem:*** |  |  |  |

.........................................

/podpis i pieczęć wykonawcy/

**Zadanie nr:3**

CPV: 33190000-8 Różne urządzenia i produkty medyczne

**Waga lekarska, krzesło do kabiny prysznicowej, wózek na bieliznę**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  **Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | Waga lekarska- 1 szt |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ………………………………………  ……………………………………….  ………………………………………. | **-** |
| 2 | Waga lekarska ze wzrostomierzem (miernik zainstalowany na maszcie) |  | bez punktacji |
| 3 | Udźwig min.140 kg |  | bez punktacji |
| 4 | Wyświetlacz LCD z podświetleniem |  | bez punktacji |
| 5 | Legalizacja |  | bez punktacji |
| 6 | Zewnętrzny zasilacz |  | bez punktacji |
| II | Krzesełko do kabiny prysznicowej – 1 szt | **-** | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent |  | - |
| 2 | Konstrukcja aluminiowa, stopki wyposażone w nakładki antypoślizgowe |  | bez punktacji |
| 3 | Siedzisko i oparcie wykonane z tworzywa sztucznego z otworami |  | bez punktacji |
| 4 | Możliwość regulacji wysokości |  | bez punktacji |
| 5 | Obciążenie min. 100 kg |  | bez punktacji |
| III | **Wózek stelaż na bieliznę z pokrywą – szt 2** | **-** | - |
| 12 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowy, rok produkcji  3. Producent |  | - |
| 3 | Stelaż na kółkach |  | bez punktacji |
| 4 | Wózek brudnej bielizny ze stelażem i obręczą do worków wykonany ze stali chromowanej. Wyposażony w kółka w tym 2 z hamulcem. |  | bez punktacji |
| 5 | Pedał nożny do podnoszenia pokrywy wózka |  | bez punktacji |
| 6 | Zabezpieczenie przed zsuwaniem się worka. |  | bez punktacji |
| 7 | Osłona podstawy oraz pokrywa z tworzywa sztucznego |  | bez punktacji |
| **IV** | **Gwarancja** | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *wpisać* | *parametr oceniany* |
| **V** | **Inne wymagania** | - | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | dołączyć do oferty | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim (jeżeli dotyczy) oraz karta gwarancyjna | dostarczyć wraz z urządzeniem | bez punktacji |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | dołączyć do oferty | bez punktacji |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość***  ***szt/ kpl*** | ***Cena netto***  ***w PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość VAT***  ***W PLN*** | ***Wartość netto***  ***W PLN*** | ***Wartość brutto***  ***W PLN*** |
| 1 | **Waga lekarska**  **typ .………………………..** | **1** |  |  |  |  |  |
| 2 | **Krzesełko do kabiny prysznicowej**  **typ………………………………………** | **1** |  |  |  |  |  |
| 3 | **Wózek stelaż na bieliznę z pokrywą**  **typ………………………………………..** | **2** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

.........................................

/Podpis i pieczęć wykonawcy /

**Zadanie nr:4**

CPV: 33123200-0 Urządzenia do elektrokardiografii

**Aparat do EKG z wózkiem – szt 1**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  **Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | Aparat do EKG z wózkiem- 1 szt |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ………………………………………  ……………………………………….  ………………………………………. | **-** |
| 2 | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń |  | bez punktacji |
| 3 | Prezentacja na wyświetlaczu i wydruk 3,6 lub 12 odprowadzeń przebiegów EKG |  | bez punktacji |
| 4 | Automatyczna analiza i interpretacja |  | bez punktacji |
| 5 | Graficzne menu wyświetlane na ekranie LCD kolorowym, umożliwiające łatwą obsługę za pomocą klawiatury alfanumerycznej |  | bez punktacji |
| 6 | Klawiatura alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi |  | bez punktacji |
| 7 | Wydruk na papierze o szerokości 112 mm /+/- 5 mm |  | bez punktacji |
| 8 | Możliwość dołączenia imienia i nazwiska pacjenta |  | **Tak – 10 pkt**  **Nie – 0 pkt** |
| 9 | Funkcja zapisu do „schowka” sygnały EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie oraz możliwość wydruku z datą wykonania badania z dodatkowymi informacjami ( data i godzina wykonania badania, dane pacjenta itp.) |  | **Tak – 10 pkt**  **Nie – 0 pkt** |
| 10 | Filtry artefaktów (zakłóceń) |  | bez punktacji |
| 11 | Pamięć min 500 zapisów EKG |  | bez punktacji |
| 12 | Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu |  | **Tak – 10 pkt**  **Nie – 0 pkt** |
| 13 | Wykonanie min. 100 badań w trybie pracy akumulatorowej |  | bez punktacji |
| 14 | Wyposażenie:   1. Kabel EKG – 1szt; 2. Elektrody przyssawkowe – 1 kpl; 3. Elektrody klipsowe- 1 kpl; 4. Żel do EKG – 1 op; 5. Papier EKG – 10 rolek; 6. Kabel zasilania sieciowego- 1 szt |  | bez punktacji |
| 15 | Wyposażenie dodatkowe:   1. Wózek mobilny (kółka z hamulcem) z koszykiem na akcesoria i wysięgnikiem na kabel EKG – 1 szt; 2. Drukarka laserowa – 1 szt |  | bez punktacji |
| **IV** | **Gwarancja** | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *wpisać* | *parametr oceniany* |
| **V** | **Inne wymagania** | - | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | dołączyć do oferty | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim (jeżeli dotyczy) oraz karta gwarancyjna | dostarczyć wraz z urządzeniem | bez punktacji |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | dołączyć do oferty | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość***  ***szt/ kpl*** | ***Cena netto***  ***w PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość VAT***  ***W PLN*** | ***Wartość netto***  ***W PLN*** | ***Wartość brutto***  ***W PLN*** |
| 1 | **Aparta EKG**  **typ .………………………..** | **1** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

.........................................

/Podpis i pieczęć wykonawcy /

**Zadanie nr:5**

CPV: 33190000-8 Różne urządzenia i produkty medyczne

**Drobny sprzęt medyczny**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  **Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **1** | Glukometr- 1 szt |  | - |
| 1) | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ………………………………………  ……………………………………….  ………………………………………. | **-** |
| 2) | Przeznaczony do ilościowego pomiaru stężenia glukozy w krwi. |  | bez punktacji |
| 3) | Metoda pomiaru: elektrochemiczna |  | bez punktacji |
| 4) | Czas pomiaru: około 5 sekund |  | bez punktacji |
| 5) | Samoczynne wyłączanie po wyjęciu testu |  | bez punktacji |
| 2 | Termometr lekarski elektroniczny bezdotykowy – szt 1  1. precyzyjny pomiar temperatury zarówno podczas pomiaru dotykowego, jak i bezdotykowego; 2. duży elektroniczny wyświetlacz LCD z podświetleniem; 3. pomiar temperatury bez konieczności budzenia; 4. kolorowy wskaźnik pomiaru temperatury w zależności od poziomu temperatury; 5. czas pomiaru – max 2 sekundy; 6. - funkcja pamięci ostatniego pomiaru temperatury; 7. - sygnał dźwiękowy końca pomiaru. 8. - zasilanie bateryjne 9. – gwarancja min. 12 miesięcy  w zestawie: a) termometr  b) baterie  c) nakładka ochronna |  | bez punktacji |
| **3** | **Fonendoskop –szt 5**   1. stetoskop (słuchawki lekarskie) z dwustronną (podwóją) głowicą – funkcja lejka i membrany; 2. głowica wyposażona w ciepłe obwódki; 3. samouszczelniające oliwki;. 4. długość przewodu min. 58 cm 5. materiał głowicy- stal nierdzewna 6. średnica lejka min. 28 mm 7. średnica membrany min. 43 mm 8. zapasowa membrana: |  | bez punktacji |
| **4** | **Pulsoksymetr napalcowy -szt 5** pomiar saturacji tlenem (SpO2) i częstotliwości bicia serca (puls);kolorowy wyświetlacz z 4 perspektywami obrazowania danych;  1. regulowana jasność wyświetlacza; 2. graficzny wskaźnik pulsu; 3. wymiary palca: szerokość palca - 10 - 20mm, grubość palca - 5 – 15mm; 4. automatyczne wyłączanie; 5. wskaźnik zużycia baterii; 6. w komplecie taśma mocująca i torba z paskiem |  | bez punktacji |
| **5** | **Młotek neurologiczny – szt 5**   1. młotek neurologiczny do badań odruchów 2. - długość 18cm |  | bez punktacji |
| **6** | **Stazy jednorazowe** – **rolki - szt 5**   1. jednorazowa staza  do uciskania żyły przy pobieraniu krwi. 2. wykonana z szerokiego, rozciągliwego paska termoplastycznego; 3. bezlateksowy materiał nie uczulający i nie podrażniający skóry; 4. pakowana w kartonik, który może jednocześnie służyć jako dyspenser; 5. perforacja umożliwiająca wygodne odrywanie pojedynczych opasek; 6. opakowanie: 1 rolka (25 sztuk). |  | bez punktacji |
| **7** | **Aparat do pomiaru ciśnienia – szt 1**   1. tarcza o średnicy 60 mm; 2. odporny na wstrząs; 3. gruszka zintegrowana z manometrem oraz ochronną łyżką; 4. maksymalny błąd pomiaru +/- 3 mm hg; 5. manometr zabezpieczony przed nadmiernym wzrostem ciśnienia; 6. wyposażony w nierdzewny mechanizm; 7. obudowa z pierścieniem wykonana ze sztucznego tworzywa, nietłukącego; 8. wyposażony w mankiet dla dorosłych; 9. umieszczony w etui zamykanym na zamek błyskawiczny. |  | bez punktacji |
| **8** | **Czasomierz medyczny – szt 5** |  | bez punktacji |
| **9** | **Zestaw do udzielania pierwszej pomocy – kpl 1**  **Zestaw umieszczony w torbie transportowej.**  Skład zestawu:  1) opaska elastyczna dziana 10 cm x 4 m - 3szt. 2) opaska elastyczna dziana 8 cm x 4 m - 2szt. 3) opaska dziana podtrzymująca 10 cm x 4 m - 1szt. 4) opaska dziana podtrzymująca 5 cm x 4 m - 1szt. 5) opatrunek indywidualny z gazy opatrunkowej - 2szt. 6) kompresy z gazy jałowe , 9 x 9 cm - 6szt. 7) kompresy ,gaza opatrunkowa jałowa 1/2 m2 - 2szt. 8) plaster z opatrunkiem na tkaninie10cm x 6cm - 8szt. 9) plaster z opatrunkiem na tkaninie10 x 8 cm - 8szt. 10) plaster z opatrunkiem na tkaninie 1m x 6 cm - 1szt. 11) przylepiec na tkaninie 1,25 cm x 5 m - 1szt. 12) przylepiec włókninowy 5mx50cm - 1szt. 13) chusta trójkątna włókninowa - 2szt. 14) opatrunek na oparzenia mały - 1szt.  15) siatka opatrunkowa rozmiar 3 -1szt. 16) siatka opatrunkowa rozmiar 6 -1szt. 17) koc ratunkowy srebrno-złoty 210x160 cm /Folia izotermiczna - 2szt. 18) rękawiczki ambulatoryjne niejałowe (pary) - 3szt. 19) nożyczki metalowe - 1szt. 20) pęseta anatomiczna 9cm - 1szt. 21) maseczka do sztucznego oddychania - 1szt. 22) płyn do odkażania rąk 100 ml - 1szt. 23) saszetki z gazikiem jałowym nasączonym 70% alkoholem izopropylowym do dezynfekcji i oczyszczania skóry - 10szt. |  | bez punktacji |
| **10** | **Zestaw do reanimacji- kpl 1**  **Zestaw umieszczony w torbie transportowej**  Skład zestawu:   1. butla tlenowa o pojemności 2l- szt 1 2. reduktor z szybkozłączem ty -typu AGA O2, z możliwością skokowej regulacji przepływu w zakresie 0-25 l/min., ze złączką tlenową – szt 1 3. silikonowy worek samorozprężalny do wentylacji biernej i czynnej 100 % tlenem, ze złączką oraz rezerwuarem tlenu 2500 ml, z przewodem tlenowym o długości 10 metrów- szt 1 4. maska twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego dla dorosłych- szt 1 5. maska twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego dla dzieci – szt 1 6. filtry antybakteryjne - szt 5 7. ssak ręczny z pojemnikiem oraz cewnikami dla dorosłych oraz dla dzieci –szt 1 8. laryngoskop McIntosch z łyżkami w rozmiarach 1, 2 oraz 3 – kpl 1, 9. rurki ustno gardłowe Guedala w 6 rozmiarach- po 1 szt 10. kleszcze Magilla- szt 1, 11. rurki intubacyjne, rozmiary: 6,7,8,10- po 1 szt, 12. latarka diagnostyczna – szt 1 13. kompres jałowy gazowy 5 x 5 cm- 5 szt 14. strzykawki (2,5,10,20 ml) - po 2szt, 15. igły jednorazowe (1.2, 0.7) - po 5 szt, 16. venflony (0.8,  1.0, 1.2, 1.4,)- po 2szt, 17. przyrząd do przetaczania płynów- szt 4, 18. staza zaciskowa – szt 1, 19. Sól fizjologiczna 0,9% 500 ml- 1op, 20. plastry poiniekcyjne – szt 5. 21. płyn do dezynfekcji skóry 25 ml- szt 1, 22. rękawiczki ambulatoryjne- par 2, 23. nożyczki ratownicze – 5 szt, 24. nóż do cięcia pasów i zbijania szyb – szt 1. 25. ampularium do samodzielnego wyposażenia- szt 1. |  | bez punktacji |
| **IV** | **Gwarancja** | - | - |
| 1 | Gwarancja – min. 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *wpisać* | *parametr oceniany* |
| **V** | **Inne wymagania** | - | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | dołączyć do oferty | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim (jeżeli dotyczy) oraz karta gwarancyjna | dostarczyć wraz z urządzeniem | bez punktacji |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | dołączyć do oferty | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość***  ***szt/ kpl*** | ***Cena netto***  ***w PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość netto***  ***W PLN*** | ***Wartość VAT***  ***W PLN*** | ***Wartość brutto***  ***W PLN*** |
| 1 | **Glukometr**  **typ .………………………..** | **1** |  |  |  |  |  |
| 2 | **Termometr lekarski elektroniczny bezdotykowy**  **typ………………………………………..** | 1 |  |  |  |  |  |
| 3 | **Fonendoskop**  **typ…………………………………………** | 5 |  |  |  |  |  |
| 4 | **Pulsoksymetr napalcowy**  **typ……………………………..** | 5 |  |  |  |  |  |
| 5 | **Młotek neurologiczny**  **typ…………………………….** | 5 |  |  |  |  |  |
| 6 | **Stazy jednorazowe – rolki** | 5 |  |  |  |  |  |
| 7 | **Aparat do pomiaru ciśnienia**  **typ……………………………** | 1 |  |  |  |  |  |
| 8 | **Czasomierz medyczny** | 5 |  |  |  |  |  |
| 9 | **Zestaw do udzielania pierwszej pomocy** | 1 |  |  |  |  |  |
| 10 | **Zestaw do reanimacji** | 1 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

.........................................

/Podpis i pieczęć wykonawcy /

**Zadanie nr:6**

CPV: 33190000-8 Różne urządzenia i produkty medyczne

**Drobny sprzęt medyczny**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  **Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | Przenośnik taśmowo rolkowy do transportu chorego- 1 szt |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowy, rok produkcji  3. Producent | ………………………………………  ……………………………………….  ………………………………………. | **-** |
| 2 | Przeznaczony do przemieszczania pacjenta bez konieczności jego podnoszenia. |  | bez punktacji |
|  | Wykonany z wysokiej jakości duraluminiowej ramy, po której porusza się mata wykonana materiału zmywalnego odpornego na zniszczenia i dezynfekcję |  | bez punktacji |
|  | Udźwig min. 130 kg |  | bez punktacji |
|  | Wymiary 1100 c 485 mm +/- 5% |  | bez punktacji |
| II | **Łatwoślizg – szt 2** |  | bez punktacji |
| 1 | Wykonany z śliskiej, mocnej tkaniny |  | bez punktacji |
| 2 | 6 uchwytów ( z taśmy poliestrowej) |  | bez punktacji |
| 3 | Wymiary 53 x 150 cm +/- 5% |  | bez punktacji |
| 4 | Obciążenie min.130 kg (150 ) |  | bez punktacji |
| **III** | **Gwarancja** | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy |  | *parametr oceniany* |
| **IV** | **Inne wymagania** | - | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | dołączyć do oferty | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim (jeżeli dotyczy) oraz karta gwarancyjna | dostarczyć wraz z urządzeniem | bez punktacji |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | dołączyć do oferty | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość***  ***szt/ kpl*** | ***Cena netto***  ***w PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość netto***  ***W PLN*** | ***Wartość VAT***  ***W PLN*** | ***Wartość brutto***  ***W PLN*** |
| 1 | **Przenośnik taśmowo- rolkowy do transportu chorego**  **typ .………………………..** | **1** |  |  |  |  |  |
| 2 | **Łatwoślizg**  **typ……………………………….** | 2 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

.........................................

/Podpis i pieczęć wykonawcy /

###### Zadanie nr: 7

###### kod CPC: 73430000-5 Testy i ocena

##### Testy psychologiczne

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość***  ***szt*** | ***Cena netto***  ***w PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość netto***  ***W PLN*** | ***Wartość Vat***  ***W PLN*** | ***Wartość brutto***  ***W PLN*** |
| 1 | **Test depresji Becka** | **240** |  |  |  |  |  |
| 2 | **Geriatryczna Skala Oceny depresji** | 120 |  |  |  |  |  |
| 3 | **Testy przesiewowe do badania funkcji poznawczych** | 120 |  |  |  |  |  |
| 4 | **Skala Oceny Stanu Psychicznego MMSE** | 240 |  |  |  |  |  |
| 5 | **Test ACE III** | 120 |  |  |  |  |  |
| 6 | **Test pamięci wzrokowej BENETON** | 120 |  |  |  |  |  |
| 7 | **Test do badania osobowości EPQ-R** | 120 |  |  |  |  |  |
| 8 | Test do badania inteligencji WAIS-RCPL | 120 |  |  |  |  |  |
| 9 | Diagnoza uszkodzeń mózgu- DUM | 240 |  |  |  |  |  |
| 10 | Test figury złożonej Reya | 120 |  |  |  |  |  |
| 11 | Krzywa figury złożonej Reya | 120 |  |  |  |  |  |
| 12 | Montrealski Test do Oceny Funkcji Poznawczych (MoCA) | 240 |  |  |  |  |  |
| 13 | Test Płynności Figuralnej Ruffa -RFFT | 120 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

...........................................

/Podpis i pieczęć wykonawcy /

**Zadanie nr:8**

CPV: 33154000-4 Urządzenia do mechanoterapii

**Ergometr z oprogramowaniem i wyposażeniem – szt 2**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  **Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | **Ergometr z oporem wodnym do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych** |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ………………………………………  ……………………………………….  ………………………………………. | - |
| 2 | Możliwość wykonywania ćwiczeń kończyn górnych lub kończyn dolnych |  | bez punktacji |
| 3 | Możliwość wykonywania ćwiczeń w obu kierunkach (przód/ tył) |  | bez punktacji |
| 4 | Siedzisko obrotowe z podparciem odcinka lędźwiowego z możliwością demontażu |  | bez punktacji |
| 5 | 20 stopni regulacji oporu |  | bez punktacji |
| 6 | Obrotowa regulacja pozycji ramienia - 360° |  | bez punktacji |
| 7 | Duży czytelny ekran do obsługi urządzenia  Ciągły odczyt:  1) czasu;  2) odległości;  3) mocy (W);  4) szybkości;  5) obrotów na minutę;  6) spalonych kalorii |  | bez punktacji |
| 8 | Czujnik tętna |  | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
| 9 | Obciążenie min.150 kg |  | ≤ 100 – 0 pkt  za każde 10 kg więcej – 5 pkt |
| **III** | **Gwarancja** | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | (*podać)* | *parametr oceniany* |
| **IV** | **Serwis** | - | - |
| 1 | W okresie gwarancji przeglądy techniczne min.1 raz w roku.  Zamawiający wymaga dokonania dodatkowego przeglądu technicznego w ostatnim miesiącu przed upływem terminu gwarancji potwierdzonego wpisem do paszportu urządzenia. |  | bez punktacji |
| 2 | Czas reakcji serwisu przyjęte zgłoszenie- podjęta naprawa (w dni robocze) max.48 godz. |  | bez punktacji |
| 3 | Czas usunięcia awarii ( w dni robocze)- max.7 dni |  | bez punktacji |
| 4 | Liczba dni przestoju przedłużająca termin gwarancji- max 7 |  | bez punktacji |
| 5 | Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy – max.3 |  | bez punktacji |
| 6 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie –min 3 miesiące |  | bez punktacji |
| **V** | **Inne wymagania** | - | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość***  ***szt/ kpl*** | ***Cena netto***  ***w PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość VAT***  ***W PLN*** | ***Wartość netto***  ***W PLN*** | ***Wartość brutto***  ***W PLN*** |
| 1 | **Ergometr z oprogramowaniem i wyposażeniem**  **typ .………………………..** | **2** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

.........................................

/Podpis i pieczęć wykonawcy /

**Zadanie nr:9**

CPV: 33158400-6 Sprzęt do terapii mechanicznej

**Wielofunkcyjny stół do terapii manualnej kończyn górnych – szt 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane**  **Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | **Wielofunkcyjny stół do terapii manualnej kończyn górnych** |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ………………………………………  ……………………………………….  ………………………………………. | *-* |
| 2 | Urządzenie interaktywne z dużym białym stołem o wymiarach przystosowanych do obrazu wyświetlanego przez projektor |  | *bez punktacji* |
| 3 | Zestaw zawierający:  - stół terapeutyczny – 1 szt;  - stół biały blat ( duży rozmiar ok. 140 x 180 cm) – 1 szt |  | *bez punktacji* |
| 4 | Możliwość podłączenia do internetu |  | Tak- 10 pkt Nie - 0 pkt |
| 5 | Możliwość podłączenia zewnętrznych głośników |  | Tak- 10 pkt Nie - 0 pkt |
| 6 | Rodzaje ćwiczeń ( gier):  1) Akwarium  2) Piłki  3) Łąka  4) Biedronki  5) Bańki  6) Koła dynamiczne  7) Koła statyczne  8) Litery |  | bez punktacji |
| **III** | **Gwarancja** | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *(podać)* | *parametr oceniany* |
| **V** | **Inne wymagania** | - | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość***  ***szt/ kpl*** | ***Cena netto***  ***w PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość VAT***  ***W PLN*** | ***Wartość netto***  ***W PLN*** | ***Wartość brutto***  ***W PLN*** |
| 1 | **Wielofunkcyjny stół do terapii manualnej kończyn górnych**  **typ .………………………..** | **1** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

.........................................

/Podpis i pieczęć wykonawcy /