**ZAŁĄCZNIK NR 3 do SWZ**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA 01/PN/2023**

DOSTAWA SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ W TYM SPRZĘTU I APARATURY DO REHABILITACJI, NA POTRZEBY MEDYCZNE ZAMAWIAJĄCEGO

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 1**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa bieżni treningowych – 2 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Bieżnia treningowa do nauki i doskonalenia chodu | Tak |  |
| 2 | Zastosowanie komercyjne | Tak |  |
| 3 | Elektryczna | Tak |  |
| 4 | Silnik bezszczotkowy | Tak, podać |  |
| 5 | Moc stała silnika min. 8 KM | Tak, podać |  |
| 6 | Moc szczytowa silnika min. 9,5 KM | Tak, podać |  |
| 7 | Wymiary pasa bieżni 1650x600mm (+/-30mm) | Tak, podać |  |
| 8 | Regulacja kąta nachylenia elektroniczna co najmniej od 0 do 20% | Tak, podać |  |
| 9 | Prędkość przesuwu pasa co najmniej od 1 - 23 km/h z regulacją w zakresie co 0,1 km/h | Tak, podać |  |
| 10 | Prędkość i nachylenie regulowane za pomocą przycisków sterujących | Tak |  |
| 11 | Antypoślizgowe boczne stopnie | Tak |  |
| 12 | Hamulec bezpieczeństwa i przycisk alarmowy | Tak |  |
| 13 | System wyrównywania powierzchni na zasadzie nóżek poziomujących, redukujących nierówności podłoża | Tak |  |
| 14 | Koła transportowe do zmiany ułożenia | Tak |  |
| 15 | Duży, czytelny wyświetlacz min. 21” wskazujący min.: czas, prędkość, nachylenie, dystans, tętno, spalane kalorie | Tak |  |
| 16 | Całkowita liczba gotowych programów do treningów nie mniej niż 23 | Tak, podać |  |
| 17 | Możliwość wpisania co najmniej dwóch programów użytkownika | Tak |  |
| 18 | Co najmniej trzy programy sprzężone z tętnem użytkownika, rejestrowanym przez wbudowane w uchwyt bieżni czujniki | Tak |  |
| 19 | Krokomierz | Tak |  |
| 20 | Max. waga użytkownika nie mniej 200 kg | Tak, podać |  |
| 21 | Stabilna konstrukcja o wadze co najmniej 260 kg | Tak, podać |  |
| 22 | Zasilanie sieciowe 230 V/ 50Hz | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 23 | Bieżnia fabrycznie nowa, nie będąca uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 24 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 25 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 26 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 27 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 28 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 29 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 30 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 31 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 32 | Przy wysyłce bieżni do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 33 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 34 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 35 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 36 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, **a w przypadku zaoferowania wyrobu medycznego także** certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 37 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 2**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa orbitreków treningowch - 3 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Orbitrek treningowy | Tak |  |
| 2 | Magnetyczny system hamowania | Tak |  |
| 3 | Gniazdo USB | Tak |  |
| 4 | System napędu - pas klinowy | Tak |  |
| 5 | Wyświetlacz LCD wskazujący min.: dystans, czas, prędkość, kalorie | Tak, podać |  |
| 6 | Pomiar pulsu poprzez sensory dotykowe | Tak |  |
| 7 | Możliwość pomiaru pulsu poprzez pas telemetryczny - opcja | Tak |  |
| 8 | Wyświetlanie parametrów po skończonych ćwiczeniach | Tak |  |
| 9 | Programy treningowe min.7 w tym 2 regulowane tętnem | Tak |  |
| 10 | Górna granica pulsu regulowana | Tak |  |
| 11 | Waga koła zamachowego co najmniej 20kg | Tak, podać |  |
| 12 | Odległość między płozami nie mniej niż 5 cm | Tak, podać |  |
| 13 | Max. waga użytkownika nie mniej niż 150kg | Tak, podać |  |
| 14 | Długość kroku nie mniej niż 41 cm | Tak, podać |  |
| 15 | Łożyskowe przeguby | Tak |  |
| 16 | Rolki transportowe | Tak |  |
| 17 | Wymiary urządzenia 1700 x 600 x 1650 mm (+/-50mm) | Tak, podać |  |
| 18 | Zasilanie sieciowe 230 V/ 50Hz | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 19 | Urządzenie fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 21 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 22 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 23 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 24 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 25 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 26 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 27 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 28 | Przy wysyłce urządzenia do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 29 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 30 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 31 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 32 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 33 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 3**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa rowerów do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych - 3 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Urządzenie do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych w tym samym czasie lub oddzielnie | Tak |  |
| 2 | Rama w kształcie litery V umożliwia dopasowanie roweru do użytkowników o skrajnym wzroście | Tak |  |
| 3 | Pedały do kończyn dolnych i ruchome pionowe ramiona do kończyn górnych | Tak |  |
| 4 | Opór magnetyczny zapewnia płynny i cichy trening regulowany manualnie | Tak |  |
| 5 | Osłona tylnego koła zapewnia ochronę przed potem i korozją | Tak |  |
| 6 | Koła transportowe ułatwiają zmianę położenia roweru i stopki poziomujące umożliwiające stabilizację na podłożu | Tak |  |
| 7 | Samonapinający, bezobsługowy napęd pasowy | Tak |  |
| 8 | Czytelny wyświetlacz LCD wskazujący: rytm, moc, Kcal, tętno, czas jazdy, dystans, opór | Tak |  |
| 9 | Regulacja siedziska w czterech kierunkach | Tak |  |
| 10 | Maksymalna waga użytkownika nie mniej niż 135 kg | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 11 | Urządzenie fabrycznie nowe, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 12 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 13 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 14 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 15 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 16 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 17 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 18 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 19 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 20 | Przy wysyłce urządzenia do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 21 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 22 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 23 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 24 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 25 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 4**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa zmotoryzowanej szyny CPM do mobilizacji kończyny dolnej ciągłym ruchem biernym z szerokim zakresem programów, z możliwością zapisu danych dotyczących ćwiczeń z elektrostymulatorem i z wózkiem jezdnym – 4 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Zmotoryzowana szyna CPM do mobilizacji kończyny dolnej ciągłym ruchem biernym z szerokim zakresem programów, możliwością zapisu danych dotyczących ćwiczeń z elektrostymulatorem i z wózkiem jezdnym | Tak |  |
| 2 | Szyna z układem kinematycznym gwarantującym zgodny fizjologicznie ruch kończyny dla dorosłych w komplecie z elektrostymulatorem dla mięśnia czworogłowego i elektrodami min.50 szt. | Tak |  |
| 3 | Waga urządzenia do 11 kg | Tak, podać |  |
| 4 | Stabilne urządzenie o niewielkich wymiarach, maksymalne wymiary urządzenia długość, szerokość oraz wysokość w najniższym punkcie: 97 x 36 x 23 cm (+/- 3cm) | Tak, podać |  |
|  | **Obsługa** |  |  |
| 5 | Kontrola wszystkich parametrów za pomocą pilota sterującego | Tak |  |
| 6 | Blokada klawiatury pilota przed przypadkową zmianą parametrów | Tak |  |
| 7 | Ekran LCD TFT z regulacją kontrastu o minimalnej wielkości 320 x 240 pikseli, ze względów ergonomii i użytkowania także przez osoby starsze wyklucza się ekrany dotykowe | Tak |  |
| 8 | Intuicyjna obsługa z zastosowaniem graficznych ikon funkcyjnych na ekranie | Tak |  |
| 9 | Bieżąca informacja o przebiegu ruchu, funkcji i programie terapii wyświetlana na ekranie pilota | Tak |  |
| 10 | Oskalowane elementy regulacyjne szyny z wymiarami długości uda i podudzia | Tak |  |
| 11 | Wygodnie regulowana pozycja oparć: uda, podudzia i stopy za pomocą bloczków zaciskowych. | Tak |  |
| 12 | Funkcja „nowy pacjent” resetująca ustawienia dla nowego pacjenta i ustawiająca urządzenie w pozycji wyjściowej | Tak |  |
| 13 | Funkcja „transport” automatyczne ustawienie się szyny w pozycji do transportu | Tak |  |
| 14 | Łączny czas terapii – zapis całkowitego czasu terapii | Tak |  |
| 15 | Menu serwisowe dla celów serwisu | Tak |  |
|  | **Zakresy** |  |  |
| 16 | Min. zakres wymiarów uda od 31 do 49 cm i podudzia od 25-57 cm | Tak |  |
| 17 | Min. zakres wzrostu pacjenta 120 - 200 cm | Tak |  |
| 18 | Waga pacjenta do min. 150 kg | Tak |  |
| 19 | Min. zakres ruchu biernego w stawie kolanowym od -10°do 120° | Tak |  |
| 20 | Min. zakres ruchu biernego w stawie biodrowym od 0°do 115° | Tak |  |
| 21 | Regulacja pozycji stawu skokowego w zakresie zginania podeszwowego/grzbietowego bez ograniczeń, a w zakresie inwersji/ewersji od 40° do 40°, wraz zachowaniem możliwości aktywnego ruchu rezystancyjnego i ćwiczeń izometrycznych | Tak |  |
| 22 | Regulacja prędkości pracy w min. 20 poziomach | Tak |  |
| 23 | Pauza w wyproście/zgięciu nastawiana w zakresie minimum: od 0 do 59 sekund - regulowana co 1 sekundę i od 1 do 59 minut - regulowana co 1 minutę | Tak |  |
|  | **Bezpieczeństwo** |  |  |
| 24 | Stopniowe automatyczne przyspieszanie i zwalnianie ruchu przy nastawionych kątach granicznych. | Tak |  |
| 25 | Nastawy w czasie rzeczywistym – urządzenie porusza się odpowiednio w czasie ustawiania zakresu ruchu w celu uniknięcia urazów | Tak |  |
| 26 | Zatrzymanie ruchu szyny po naciśnięciu dowolnego przycisku – każdy przycisk, ze względów bezpieczeństwa, stanowi przycisk awaryjny | Tak |  |
| 27 | Automatyczna zmiana kierunku ruchu po zatrzymaniu pracy | Tak |  |
| 28 | Automatyczna zmiana kierunku ruchu przy oporze – autorewers | Tak |  |
| 29 | Możliwość kontrolowanego oporowania ruchu szyny przez pacjenta ze zmianą kierunku w dowolnym punkcie ustawionego zakresu w nastawianych min. 25 poziomach siły oddziaływania | Tak |  |
| 30 | Klasa ochronności II zabezpieczająca przed porażeniem elektrycznym bezpośrednim i pośrednim | Tak |  |
| 31 | Wielorazowe oparcia kończyny wykonane z elastycznego tworzywa z certyfikatem biokompatybilności w pełni dezynfekowane środkami bez konieczności rozcieńczania | Tak |  |
| 32 | Aparat zgodny z normą IEC 60601-1-2:2014 i IEC 60601-1-11:2010 kompatybilności elektromagnetycznej | Tak |  |
|  | **Programy** |  |  |
| 33 | Ćwiczenie ciągłe bez limitu czasu | Tak |  |
| 34 | Programowany czas ćwiczenia od 1 minuty do 24 godzin - ustawiany co minutę z funkcją prezentacji pozostałego czasu ćwiczenia w czytelnej formie graficznej na ekranie pilota | Tak |  |
| 35 | Program rozgrzewki: płynne i stopniowe rozszerzenie do ustawionego zakresu ruchu w min. 15 cyklach, rozpoczynając ruch od środka tego zakresu | Tak |  |
| 36 | Program rozciągania - prostowania, automatyczne poszerzanie zakresu ruchu w kierunku wyprostu poprzez min. 10 krotną kontrolowaną próbę przekroczenia limitu o 5° z zabezpieczeniem autorewersu przy oporze | Tak |  |
| 37 | Program rozciągania zgięcia, automatyczne poszerzanie zakresu ruchu w kierunku zgięcia poprzez min. 10 krotną kontrolowaną próbę przekroczenia limitu o 5° z zabezpieczeniem autorewersu przy oporze | Tak |  |
| 38 | Sekwencyjny i kombinacyjny program automatycznie łączący funkcję rozgrzewki, rozciągania prostowania, oscylacji prostowania, rozciągania zgięcia, oscylacji zgięcia i relaksacji (odwrócony program rozgrzewki) w obrębie jednego zabiegu | Tak |  |
| 39 | Cykliczny program umożliwiający powolne doprowadzenie do zaprogramowanego zakresu ruchu w min. 3 fazach – fazie ruchów w zakresie maksymalnie mniejszym o 5° od nastawionego, fazie rozszerzającym zakres o maksimum 1° w każdym cyklu oraz fazie pełnych ruchów do zakończenia terapii | Tak |  |
| 40 | Program oscylacji prostowania | Tak |  |
| 41 | Program oscylacji zgięcia | Tak |  |
| 42 | Program elektrostymulacji umożliwiający stosowanie terapii CPM w synchronizacji z elektrostymulacją po podłączeniu dedykowanego elektrostymulatora. | Tak |  |
|  | **Pozostałe** |  |  |
| 43 | Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz, przewód zasilający bezpośrednim bez zastosowania dodatkowych zasilaczy i przewodów | Tak |  |
| 44 | Dokumentacja przebiegu terapii rejestr wyników ćwiczeń w formie graficznej wyświetlany na ekranie pilota | Tak |  |
| 45 | Sprzęt oraz oprogramowanie umożliwiające przeniesienie wyników do komputera PC | Tak |  |
| 46 | Karta pamięci do zapisu indywidualnych danych terapii pacjenta, min. 5 sztuk w zestawie | Tak, podać |  |
| 47 | Ze względów ergonomii obsługi i względów serwisowych w ofercie producenta dostępne urządzenia CPM do innych stawów, min. barkowego, łokciowego i skokowego z obsługą tych samych, uniwersalnych kart chip | Tak |  |
| 48 | W komplecie dedykowany stabilny, aluminiowy i lekki wózek jezdny z matami antypoślizgowymi i czterema blokowanymi kołami | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 49 | Urządzenie fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 50 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 51 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 52 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 53 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 54 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 55 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 56 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 57 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 58 | Przy wysyłce urządzenia do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 59 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 60 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 61 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 62 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 63 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 5**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa urządzenia do rehabilitacji ruchem pasywnym i aktywnym   
– 4 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Urządzenie do rehabilitacji ruchem pasywnym i aktywnym | Tak |  |
| 2 | Urządzenie do rehabilitacji kończyn dolnych i górnych | Tak |  |
| 3 | Zastosowanie w pozycji siedzącej na krześle lub wózku inwalidzkim | Tak |  |
| 4 | Urządzenie przeznaczone dla osób dorosłych | Tak |  |
| 5 | Kolorowy wyświetlacz z funkcją dotykową, przekątna ekranu min. 7'' | Tak, podać |  |
| 6 | Program treningowy do rehabilitacji neurologicznej | Tak |  |
| 7 | Program treningowy do rehabilitacji ortopedycznej | Tak |  |
| 8 | Program treningowy ćwiczeń izokinetycznych | Tak |  |
| 9 | Program gry terapeutycznej BRAMKARZ | Tak |  |
| 10 | Funkcja ułatwiająca mocowanie stóp | Tak |  |
| 11 | Funkcja terapii przy braku jednej kończyny | Tak |  |
| 12 | Funkcja automatycznego dostosowania ilości obrotów do poziomu ćwiczenia aktywnego | Tak |  |
| 13 | Funkcja automatycznej zmiany kierunku ćwiczenia | Tak |  |
| 14 | Funkcja wykrywania aktywności pacjenta | Tak |  |
| 15 | Bieżąca kontrola symetrii terapii "BIOFEEDBACK" - Słupki | Tak |  |
| 16 | Bieżąca kontrola koordynacji i symertii terapii "BIOFEEDBACK" - Droga | Tak |  |
| 17 | Bieżąca kontrola ćwiczeń koncentracji, koordynacji ruchowej, czasu reakcji i prędkości ćwiczenia BIOFEEDBACK - Gra Bramkarz | Tak |  |
| 18 | "BIOFEEDBACK'' pasywny dla pacjentów z paraplegią z informacją dotyczącą napięcia mięśniowego | Tak |  |
| 19 | Bieżący pomiar ilości obrotów | Tak |  |
| 20 | Bieżący pomiar zużytej energii | Tak |  |
| 21 | Bieżący pomiar osiąganego dystansu | Tak |  |
| 22 | Bieżący pomiar czasu ćwiczenia | Tak |  |
| 23 | Ustawienie kierunku rotacji | Tak |  |
| 24 | Ustawienie czułości wykrywania spastyki | Tak |  |
| 25 | Wybór programu rozluźniania spastyki | Tak |  |
| 26 | Ustawienie prędkości ruchu biernego | Tak |  |
| 27 | Raportowanie wyników ćwiczenia | Tak |  |
| 28 | Wyłącznik akustyczny | Tak |  |
| 29 | Ustawienie czułości mikrofonu wyłącznika akustycznego | Tak |  |
| 30 | Wyłącznik w sterowniku | Tak |  |
| 31 | Ustawienie kontrastu i podświetlenia wyświetlacza | Tak |  |
| 32 | Sygnalizacja akustyczna przycisków i funkcji urządzenia | Tak |  |
| 33 | System automatycznego wyłączania w stanie spoczynku | Tak |  |
| 34 | Regulacja wysokości oraz pochylenia rotora | Tak |  |
| 35 | Moduł do treningu kończyn górnych z regulacją w poziomie | Tak |  |
| 36 | Regulacja kąta nachylenia dotykowego ekranu sterującego | Tak |  |
| 37 | Regulacja promienia obrotu - dwu stopniowa | Tak |  |
| 38 | Paski mocujące stopy | Tak |  |
| 39 | Stabilizacja łydek | Tak |  |
| 40 | Kółka transportowe | Tak |  |
| 41 | Komplet rękawic ułatwiających chwyt pacjenta | Tak |  |
| 42 | Komplet zamocowań przedramion - dodatkowa stabilizacja przedramion | Tak |  |
| 43 | Komplet dodatkowego zabezpieczenie stóp pacjenta - zapięcie stóp | Tak |  |
| 44 | Komplet pasów zabezpieczających wózek albo krzesło | Tak |  |
| 45 | Całkowicie obudowany mechanizm zamachowy | Tak |  |
| 46 | Moc silnika min. 230W, z możliwością min. 20-stopniowej regulacji | Tak, podać |  |
| 47 | Maksymalny poziom hałasu 70 dBA | Tak, podać |  |
| 48 | Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz | Tak |  |
| 49 | Urządzenie wyposażony we wszystkie wymagane prawem zabezpieczenia | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 50 | Urządzenie fabrycznie nowe, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 51 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 52 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 53 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 54 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 55 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 56 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 57 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 58 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 59 | Przy wysyłce urządzenia do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 60 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 61 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 62 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 63 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 64 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 6**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa aparatu do laseroterapii wraz z aplikatorem skanującym**

**– 1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Aparat do laseroterapii wraz z aplikatorem skanującym | Tak |  |
| 2 | Kolorowy ekran dotykowy min. 5” | Tak, podać |  |
| 3 | Współpraca z aplikatorami skanującym, prysznicowym i sondami punktowymi | Tak |  |
| 3a | Możliwość podłączenia aplikatorów punktowych i skanera/prysznica jednocześnie | Tak |  |
| 4 | Baza wbudowanych programów zabiegowych | Tak |  |
| 4a | Możliwość tworzenia programów użytkownika | Tak |  |
| 5 | Baza wbudowanych sekwencji zabiegowych ze światłem R i IR | Tak |  |
| 6 | Statystyki przeprowadzanych zabiegów | Tak |  |
| 7 | Autotest – bieżąca kontrola sprawności aparatu | Tak |  |
| 8 | Regulacja mocy aplikatorów | Tak |  |
| 9 | Automatyczne przeliczanie czasu zabiegu na podstawie wielkości pola zabiegowego | Tak |  |
| 10 | Możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu | Tak |  |
| 11 | Tryby pracy źródeł promieniowania ciągły oraz impulsowy | Tak |  |
| 11a | Zakres częstotliwości min. 1 - 5000 Hz | Tak, podać |  |
| 12 | Regulacja wysokości oraz położenia aplikatora skanującego w dwóch płaszczyznach | Tak |  |
| 13 | Możliwość modyfikowania wielkości oraz kształtu pola zabiegowego dla aplikatora skanującego | Tak |  |
| 13a | Min. trzy tryby kreślenia pola zabiegowego | Tak, podać |  |
| 14 | W zestawie:  - aplikator skanujący wyposażony w źródło światła czerwonego (R) minimum 100 mW i podczerwonego (IR) min. 450 mW - 1 szt.  - okulary ochronne dla pacjenta min. - 1 szt.  - okulary ochronne terapeuty min. - 1 szt.  - etykiety ostrzegawcze | Tak, podać |  |
| 15 | Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 16 | Aparat fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 18 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 19 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 20 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 21 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 22 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 23 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 24 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 25 | Przy wysyłce aparatu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 26 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 27 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 28 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 29 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 30 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 7**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa aparatów do terapii ultradźwiękowej wraz z głowicą bezobsługową i głowicą ręczną – 2 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Aparat do terapii ultradźwiękowej wraz z głowicą bezobsługową i głowicą ręczną | Tak |  |
| 2 | Kolorowy ekran dotykowy min. 5” | Tak, podać |  |
| 3 | Tryb programowy i manualny | Tak |  |
| 4 | Baza wbudowanych programów zabiegowych encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | Tak |  |
| 5 | Możliwość tworzenia programów użytkownika | Tak |  |
| 6 | Możliwość wykonywania terapii LIPUS | Tak |  |
| 7 | Statystyki przeprowadzanych zabiegów | Tak |  |
| 8 | Wodoszczelne głowice | Tak |  |
| 9 | Emisja ciągła i impulsowa | Tak |  |
| 10 | Kontrola przylegania czoła głowicy - mierzony efektywny czas zabiegu | Tak |  |
| 11 | Ustawienie czułości głowicy według preferencji | Tak |  |
| 12 | Częstotliwość pracy co najmniej 1 MHz i 3 lub 3,5 MHz | Tak, podać |  |
| 13 | Tryb impulsowy, minimalny zakres 10 do 100 Hz oraz dla funkcji LIPUS 1 kHz | Tak, podać |  |
| 14 | Regulacja wypełnienia w trybie impulsowym | Tak |  |
| 14 | W zestawie:  - głowica o powierzchni 5 cm2 – 1 szt.  - głowica bezobsługowa – 1 szt. | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 15 | Aparat fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 16 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 17 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 18 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 19 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 20 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 21 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 22 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 23 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 24 | Przy wysyłce aparatu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 25 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 26 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 27 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 28 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 29 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 8**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa podpórki ułatwiającej chodzenie typu ambona – 3 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Podpórka ułatwiająca chodzenie typu ambona do pionizacji i nauki chodu | Tak |  |
| 2 | Aluminiowa konstrukcja z zakresem regulacji szerokości 675 mm - 750 mm (+/-25 mm) | Tak, podać |  |
| 3 | Miękkie podłokietniki z możliwością regulacji wysokości 1000 mm - 1230 mm (+/-25 mm) | Tak, podać |  |
| 4 | Głębokość max. 850 mm | Tak, podać |  |
| 5 | Ergonomiczne, regulowane w zakresie długości i kąta nachylenia uchwyty | Tak |  |
| 5 | Podstawa jezdna czterokołowa z czterema niezależnymi hamulcami oraz na dwóch tylnych kołach ze spowalniaczami | Tak |  |
| 6 | Obciążenie min. 135 kg | Tak, podać |  |
| 7 | Miękki pas asekuracyjny w postaci uprzęży podtrzymującej | Tak |  |
| 8 | Waga max. 12,5 kg | Tak, podać |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 9 | Przyrządy fabrycznie nowe, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 12 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 13 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 14 | Przy dostawie przyrządów dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 9**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa wałków, półwałków, klinów, kostki – 1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Wałek rehabilitacyjny do masażu wykonany z pianki poliuretanowej o zwiększonej gęstości odpornej na odkształcenia posiadającej atest OEKO-TEX w pokrowcu z materiału skóropodobnego odpornego na ścieranie, wodę, środki dezynfekujące, grzyby i bakterie, łatwy w dezynfekcji i utrzymaniu w czystości potwierdzony atestem higienicznym o wymiarze: 100 cm x 40 cm, w min. 5 kolorach do wyboru przez Zamawiającego w tym niebieski - 2 szt. | Tak |  |
| 2 | Wałek rehabilitacyjny do masażu wykonany z pianki poliuretanowej o zwiększonej gęstości odpornej na odkształcenia posiadającej atest OEKO-TEX w pokrowcu z materiału skóropodobnego odpornego na ścieranie, wodę, środki dezynfekujące, grzyby i bakterie, łatwy w dezynfekcji i utrzymaniu w czystości potwierdzony atestem higienicznym o wymiarze: 60 cm x 15 cm, w min. 5 kolorach do wyboru przez Zamawiającego w tym niebieski - 20 szt. | Tak |  |
| 3 | Półwałek rehabilitacyjny do masażu wykonany z pianki poliuretanowej o zwiększonej gęstości odpornej na odkształcenia posiadającej atest OEKO-TEX w pokrowcu z materiału skóropodobnego odpornego na ścieranie, wodę, środki dezynfekujące, grzyby i bakterie, łatwy w dezynfekcji i utrzymaniu w czystości potwierdzony atestem higienicznym o wymiarze: 60 cm x 18 cm x 12 cm w min. 5 kolorach do wyboru przez Zamawiającego w tym niebieski - 15 szt. | Tak |  |
| 4 | Półwałek rehabilitacyjny do masażu wykonany z pianki poliuretanowej o zwiększonej gęstości odpornej na odkształcenia posiadającej atest OEKO-TEX w pokrowcu z materiału skóropodobnego odpornego na ścieranie, wodę, środki dezynfekujące, grzyby i bakterie, łatwy w dezynfekcji i utrzymaniu w czystości potwierdzony atestem higienicznym o wymiarze: 60 cm x 40 cm x 20 cm w min. 5 kolorach do wyboru przez Zamawiającego w tym niebieski - 3 szt. | Tak |  |
| 5 | Półwałek lędźwiowy rehabilitacyjny do masażu wykonany z pianki poliuretanowej o zwiększonej gęstości odpornej na odkształcenia posiadającej atest OEKO-TEX w pokrowcu z materiału skóropodobnego odpornego na ścieranie, wodę, środki dezynfekujące, grzyby i bakterie, łatwy w dezynfekcji i utrzymaniu w czystości potwierdzony atestem higienicznym o wymiarze: 40 cm x 25 cm x 5 cm w min. 5 kolorach do wyboru przez Zamawiającego w tym niebieski - 1 szt. | Tak |  |
| 6 | Półwałek do masażu – poduszka pod kark, dwuwypukła wykonany z pianki poliuretanowej o zwiększonej gęstości odpornej na odkształcenia posiadającej atest OEKO-TEX w pokrowcu z materiału skóropodobnego odpornego na ścieranie, wodę, środki dezynfekujące, grzyby i bakterie, łatwy w dezynfekcji i utrzymaniu w czystości potwierdzony atestem higienicznym , w min. 5 kolorach do wyboru przez Zamawiającego w tym niebieski - 3 szt. | Tak |  |
| 7 | Klin rehabilitacyjny do masażu wykonany z pianki poliuretanowej o zwiększonej gęstości odpornej na odkształcenia posiadającej atest OEKO-TEX w pokrowcu z materiału skóropodobnego odpornego na ścieranie, wodę, środki dezynfekujące, grzyby i bakterie, łatwy w dezynfekcji i utrzymaniu w czystości potwierdzony atestem higienicznym o wymiarze: 70 cm x 24 cm x 30 cm w min. 5 kolorach do wyboru przez Zamawiającego w tym niebieski - 3 szt. | Tak |  |
| 8 | Klin - trapez rehabilitacyjny do masażu wykonany z pianki poliuretanowej o zwiększonej gęstości odpornej na odkształcenia posiadającej atest OEKO-TEX w pokrowcu z materiału skóropodobnego odpornego na ścieranie, wodę, środki dezynfekujące, grzyby i bakterie, łatwy w dezynfekcji i utrzymaniu w czystości potwierdzony atestem higienicznym o wymiarze: 35 cm x 30/20 cm x 13 cm w min. 5 kolorach do wyboru przez Zamawiającego w tym niebieski - 3 szt. | Tak |  |
| 9 | Kostka rehabilitacyjna do masażu wykonana z pianki poliuretanowej o zwiększonej gęstości odpornej na odkształcenia posiadającej atest OEKO-TEX w pokrowcu z materiału skóropodobnego odpornego na ścieranie, wodę, środki dezynfekujące, grzyby i bakterie, łatwy w dezynfekcji i utrzymaniu w czystości potwierdzony atestem higienicznym o wymiarze: 60 cm x 30 cm x 15 cm w min. 5 kolorach do wyboru przez Zamawiającego w tym niebieski - 3 szt. | Tak |  |
| 10 | Kostka rehabilitacyjna do masażu pod kończyny wykonana z pianki poliuretanowej o zwiększonej gęstości odpornej na odkształcenia posiadającej atest OEKO-TEX w pokrowcu z materiału skóropodobnego odpornego na ścieranie, wodę, środki dezynfekujące, grzyby i bakterie, łatwy w dezynfekcji i utrzymaniu w czystości potwierdzony atestem higienicznym o wymiarze: 40 cm x 30 cm x 15 cm w min. 5 kolorach do wyboru przez Zamawiającego w tym niebieski - 3 szt. | Tak |  |
| 11 | Zestaw poduszek kwadratowych wykonany z pianki poliuretanowej w pokrowcu z materiału skóropodobnego odpornego na ścieranie, wodę, środki dezynfekujące, grzyby i bakterie, łatwy w dezynfekcji i utrzymaniu w czystości potwierdzony atestem higienicznym o wymiarze: 30 cm x 230 cm x 5 cm, różne kolory w zestawie 5 szt. - 1 zestaw | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 12 | Przyrządy fabrycznie nowe, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 13 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 14 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 15 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 16 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 17 | Przy dostawie przyrządów dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 10**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa piłek, trenerów, dysków, rollerów – 1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Piłka rehabilitacyjna wykonana z wytrzymałego materiału odpornego na obciążenia, z systemem anti-burst rozmiar 22 cm, w kolorze niebieskim, pompka w zestawie -15 szt. | Tak |  |
| 2 | Piłka rehabilitacyjna typ Fasolka wykonana z wytrzymałego materiału odpornego na obciążenia rozmiar 55 cm x 90 cm – 3 szt. | Tak |  |
| 3 | Piłka rehabilitacyjna typ Fasolka wykonana z wytrzymałego materiału odpornego na obciążenia rozmiar 40 cm x 65 cm – 3 szt. | Tak |  |
| 4 | Trener równowagi napełniany powietrzem z dwiema gumowymi linkami osadzony na plastikowej podstawie z antypoślizgową podkładką. Wykonany z materiału wysokiej wytrzymałości, jednokomorowa podkładka powietrzna, podstawa wykonana z utwardzonego PCV. Wymiary szerokość 57 cm (+/-3 cm), wysokość 21 cm (+/-3 cm), elastyczne linki o długości co najmniej 90 cm (+/-5 cm), bez naciągania zakończone rączkami w zestawie z pompką - 5 szt. | Tak |  |
| 5 | Dysk rehabilitacyjny wypełniony powietrzem o średnicy 50 cm, wykonana z wytrzymałego materiału odpornego na obciążenia min. 150 kg, posiadający dwie powierzchnie gładką i z wypustkami - 3 szt. | Tak |  |
| 6 | Roller - wałek wykonany z trwałej, twardej pianki bez wypustek odporny na ślizganie o wymiarze 90 cm x 15 cm i wadze max. do 600 g - 8 szt. | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 7 | Przyrządy fabrycznie nowe, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 8 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 9 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 10 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 11 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 12 | Przy dostawie przyrządów dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 11**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa osprzętu do kabiny UGUL – 1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Linka z karabińczykiem długość co najmniej 1500-1600 mm - 10 szt. | Tak |  |
| 2 | Linka z karabińczykiem długość co najmniej 1000-1200 mm - 8 szt. | Tak |  |
| 3 | Podwieszka przedramienia i podudzi 420x100 mm - 8 szt. | Tak |  |
| 4 | Podwieszka ud i ramion 520x140 mm - 8 szt. | Tak |  |
| 5 | Podwieszka pod miednice 730x210 mm - 10 szt. | Tak |  |
| 6 | Podwieszka stóp 80 x 570 mm - 6 szt. | Tak |  |
| 7 | Podwieszka dwustawowa (pelota 160x80mm – skórzana , pas 40x1350mm) – 14 szt. | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 8 | Przyrządy fabrycznie nowe, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 9 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 10 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 11 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 12 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 13 | Przy dostawie przyrządów dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 12**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa osprzętu do urządzenia typu REDCORD** **– 1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Podwieszka szeroka pod miednicę, pokryta antypoślizgową warstwą po wewnętrznej stronie, zakończona metalowym kółkiem, kolor czerwony, wymiary ok. 850 x 235 x 5 mm, obciążenie 100 kg - 3 szt. | Tak |  |
| 2 | Podwieszka wąska podwieszka do kończyn górnych lub kończyn dolnych, umożliwiająca wykonywanie ćwiczeń w podwieszeniu z systemami Redcord,  podpinana do linki za pomocą metalowych kółek, kolor czerwony, wymiary 945 x 100 x 4,5 mm, max. obciążenie 100 kg - 6 szt. | Tak |  |
| 3 | Linka elastyczna z mocowaniem, o małym oporze, dł. 60 cm, max. obciążenie 10 kg, kolor czarny - 8 szt. | Tak |  |
| 4 | Linka elastyczna z mocowaniem, o dużym oporze, dł. 30 cm, max. obciążenie 20 kg, kolor czerwony - 8 szt. | Tak |  |
| 5 | Poduszka sensomotoryczna z wypustkami,  wypełniona powietrzem, która pozwala na pracę nad koordynacją i stabilnością, średnica 33 cm, wysokość 65 mm, max obciążenie: 150 kg - 8 szt. | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 6 | Przyrządy fabrycznie nowe, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 7 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 8 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 9 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 10 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 11 | Przy dostawie przyrządów dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 13**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa stołów rehabilitacyjnych** **– 4 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Pięciosekcyjny stół do masażu i rehabilitacji | Tak |  |
| 2 | Stół na stabilnej konstrukcji z przełącznikiem ramowym, który to za pomocą czujnika magnetycznego steruje zmianą wysokości leża | Tak |  |
| 3 | Centralny system jezdny składający się z 4 unoszonych kółek kierunkowych z mechanizmem blokowania oraz 4 antypoślizgowych stopek gumowych | Tak |  |
| 4 | Wysokość blatu sterowana elektrycznie za pomocą ramki wokół podstawy stołu | Tak |  |
| 5 | System zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu wyposażony w dwa klucze magnetyczne | Tak |  |
| 6 | Regulacja sekcji przedniej za pomocą sprężyny gazowej | Tak |  |
| 7 | Regulacja sekcji tylnej za pomocą dwóch sprężyn gazowych | Tak |  |
| 8 | Śruby mocujące leżysko wkręcane w metalowe wzmocnienia znajdujące się w desce tapicerki | Tak |  |
| 9 | Rama stabilna malowana proszkowo | Tak |  |
| 10 | Sekcja przednia z otworem na twarz, zatyczka w zestawie | Tak |  |
| 11 | Łącznik z tapicerki maskujący przerwy pomiędzy sekcjami | Tak |  |
| 12 | Dwuwarstwowa tapicerka dostępna min. 6 kolorach do wyboru przez Zamawiającego w tym niebieski | Tak, podać |  |
| 13 | Uchwyty do mocowania pasów | Tak |  |
| 14 | Otwory do mocowania bananków 3 szt. | Tak |  |
| 15 | Regulacja kąta opadania/uniesienia sekcji przedniej co najmniej od -70° do +40° | Tak, podać |  |
| 16 | Regulacja wysokości w zakresie 500 – 1000mm (+/-50mm) | Tak, podać |  |
| 17 | Wymiary długość 2050 mm (+/-30mm), szerokość 650 mm (+/-30mm) | Tak, podać |  |
| 18 | Maksymalne obciążenie dynamiczne 200 kg | Tak, podać |  |
| 19 | Zasilanie sieciowe 230 V/ 50Hz | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 20 | Stół fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 21 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 22 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 23 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 24 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 25 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 26 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 27 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 28 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 29 | Przy wysyłce stołu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 30 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 31 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 32 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 33 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 34 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 14**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa stolików przyłóżkowych - 10 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Stolik przyłóżkowy z ręczną regulacją wysokości | Tak |  |
| 2 | Regulacja wysokości w zakresie 850-1300mm (+/-20mm) | Tak, podać |  |
| 3 | Stelaż i podstawa stalowe, lakierowany proszkowo na kolor biały | Tak |  |
| 4 | Podstawa wyposażona w koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 75mm w tym dwa z blokadą | Tak, podać |  |
| 5 | Blat z płyty meblowej z relingami zabezpieczającymi przedmioty przed zsunięciem | Tak |  |
| 6 | Wymiary blatu 735x430mm (+/-20mm)  Wymiary podstawy 730x430mm (+/-20mm) | Tak, podać |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 7 | Stolik fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 8 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 9 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 10 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 11 | Adres i numer zgłoszeniowy | Tak |  |
| 12 | Przy dostawie przyrządów dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 15**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa parawanów harmonijkowych mobilnych** **- 2 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Parawan harmonijkowy składany mobilny | Tak |  |
| 2 | Wymiary parawanu:  - wysokość min. 1700mm  - długość w stanie złożonym max. 500mm  - długość w stanie rozłożonym min. 2250mm  - wymiar podstawy 460x640mm (+/-50mm)  - wymiar jednego skrzydła 300x1500mm (+/-50mm) | Tak, podać |  |
| 3 | Stelaż z profilu aluminiowego, lakierowanego proszkowo na wybrany kolor RAL, podstawa stalowa malowana proszkowo wyposażona w koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy 75 mm , w tym dwa z blokadą, dodatkowo 3 takie same koła jak w podstawie podpierające skrzydła parawanu | Tak |  |
| 4 | Wypełnienie skrzydeł parawanu stanowi biała płyta z tworzywa PC poliwęglan | Tak |  |
| 5 | Parawan wyposażony w system zabezpieczający przed przypadkowym rozłożeniem się parawanu w stanie złożonym w trakcie prowadzenia | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 6 | Parawan fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 7 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 8 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 9 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 10 | Adres i numer zgłoszeniowy | Tak |  |
| 11 | Przy dostawie przyrządów dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 16**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa wózków do transportu czystej i brudnej bielizny** **- 2 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Wózek do transportu czystej i brudnej bielizny z szafką zamykaną na klucz, dwiema półkami oraz dwoma stelażami na odpady | Tak |  |
| 2 | Szafka zabudowana z drzwiami wyposażonymi w ergonomiczny uchwyt aluminiowy anodowany lub lakierowany wg palety RAL, min. 20 kolorów do wyboru przez Zamawiającego | Tak |  |
| 3 | Stelaż wykonany z zamkniętych profili aluminiowych anodowanych lub lakierowanych proszkowo na kolor wg palety RAL, min. 20 kolorów do wyboru przez Zamawiającego oraz złączek ABS | Tak |  |
| 4 | Wypełnienie stelaża stanowi płyta meblowa obustronnie laminowana oklejona okleiną PCV o grubości 2mm, okleina w kolorze płyty | Tak |  |
| 5 | Kolor płyty meblowej, min. 8 kolorów do wyboru przez Zamawiającego | Tak |  |
| 6 | Blat z 3 stron obudowany, zabezpieczony relingiem, reling o średnicy 20 mm będący równocześnie uchwytem do prowadzenia | Tak |  |
| 7 | Wózek wyposażony w 2 półki, oklejone okleiną PCV o grubości min. 2 mm | Tak, podać |  |
| 8 | Podstawa stalowa wykonana z kształtowników stalowych o przekroju min. 50x30x2mm, lakierowana proszkowo wg palety RAL, min.20 kolorów do wyboru przez Zamawiającego, podstawa wypełniona prętami zabezpieczającymi worek na odpady od dołu | Tak |  |
| 9 | Podstawa wyposażona w 4- tworzywowe koła z elastycznym bieżnikiem niebrudzącym podłoża, zapewniającym ciche przemieszczanie wózka, koła o średnicy min. 100 mm, z łożyskami tocznymi jazdy i obrotu, w tym dwa z blokadą jazdy i obrotu | Tak |  |
| 10 | Gumowe odboje na narożach podstawy w kolorze złączek ABS nachodzące na ramę po 95 mm (+/- 2 mm) na każdy narożnik | Tak |  |
| 11 | Wózek wyposażony w dwie obręcze na odpady | Tak |  |
| 12 | Wymiary szafki wraz z bandami:  - szerokość: 550 mm (+/- 20 mm)  - głębokość: 530 mm (+/- 20 mm)  - wysokość: 685 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 13 | Wymiary całkowite wózka:  - szerokość: 1050 mm (+/- 20 mm)  - głębokość: 580 mm (+/- 20 mm)  - wysokość: 1080 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 14 | Wózek fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 16 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 17 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 18 | Adres i numer zgłoszeniowy | Tak |  |
| 19 | Przy dostawie przyrządów dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, **a w przypadku zaoferowania wyrobu medycznego także** certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie wyrób już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 17**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa lampy do terapii światłem spolaryzowanym na statywie** **- 1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Lampa do terapii światłem spolaryzowanym na statywie | Tak |  |
| 2 | Wersja ze statywem podłogowym mobilnym umożliwiającym dostosowania wysokości i kąta nachylenia głowicy, a także odwrócenia głowicy urządzenia o pełne 360º | Tak |  |
| 3 | Panel cyfrowy z programem leczenia co najmniej od 30 sekund do 90 minut | Tak, podać |  |
| 4 | Zasilanie sieciowe 230V, 50Hz | Tak |  |
| 5 | Klasa ochrony: Klasa II, IP20 | Tak |  |
| 6 | Średnica filtra min. 10 -11 cm, pozwalająca na stosowanie światłoterapii zarówno na małych jak i dużych powierzchniach skóry | Tak, podać |  |
| 7 | Długość fali 350-3400 nm +/- 10% | Tak, podać |  |
| 8 | Stopień polaryzacji > 95% (590-1550nm) | Tak, podać |  |
| 9 | Średnica jednostkowa gęstości mocy 40 mW/cm² =/- 10% | Tak, podać |  |
| 10 | Średnia energia światła na minutę 2.4 J/cm² +/- 10% | Tak, podać |  |
| 11 | Natężenie światła min. 10000 lux | Tak, podać |  |
| 12 | Moc żarówki halogenowej 50 W | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 13 | Lampa fabrycznie nowa, nie będąca uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 14 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 15 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 16 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 17 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 18 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 19 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 20 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 21 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 22 | Przy wysyłce lampy do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 23 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 24 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 25 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 26 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 27 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 18**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa lampy do zabiegów nagrzewania tkanek skóry na statywie**

**- 1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Lampa do zabiegów nagrzewania tkanek skóry na statywie | Tak |  |
| 2 | Lampa przeznaczona do wykonywania zabiegów nagrzewania tkanki skóry za pomocą energii cieplnej promieniami podczerwieni | Tak |  |
| 3 | Elektroniczny sterownik czasowy z regulacją jasności | Tak |  |
| 4 | Możliwość ustawiania sekwencji jasność/czas w obrębie jednego zabiegu | Tak |  |
| 5 | Promiennik IR-1, 375W, emisja światła podczerwonego | Tak |  |
| 6 | Gęstość mocy promieniowania ≥0,3W/cm2 | Tak, podać |  |
| 7 | Regulacja położenia głowicy | Tak |  |
| 8 | System chłodzący i mocowania filtrów | Tak |  |
| 9 | Regulacja mocy promieniowania | Tak |  |
| 10 | Zegar zabiegowy | Tak |  |
| 11 | Ustawianie czasu zbiegu min. 30 minut | Tak |  |
| 12 | Wersja jeden promiennik na głowicy | Tak |  |
| 13 | Siatka zabezpieczająca przed skutkami pęknięcia promiennika i filtra | Tak |  |
| 14 | Statywowa mobilna regulacja wysokości statywu za pomocą sprężyny gazowej | Tak |  |
| 15 | Stabilna konstrukcja mechaniczna, posiada podstawę wyposażoną w kółka z hamulcami | Tak |  |
| 16 | Zasilanie sieciowe 230V, 50Hz | Tak |  |
| 17 | Okulary ochronne pacjenta min. - 1 szt. | Tak |  |
| 18 | Okulary ochronne operatora min. - 1 szt. | Tak |  |
| 19 | Filtr czerwony min. - 2 szt. | Tak |  |
| 20 | Filtr niebieski min. - 2 szt. | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 21 | Lampa fabrycznie nowa, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 22 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 23 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 24 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 25 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 26 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 27 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 28 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 29 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 30 | Przy wysyłce lampy do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 31 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 32 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 33 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 34 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 35 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 19**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa lampy bezcieniowej, zabiegowej, sufitowej** - **1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Lampa bezcieniowa zabiegowa sufitowa | Tak |  |
| 2 | Panel sterowania umożliwiający regulację intensywność i temperaturę barwową | Tak |  |
| 3 | Min. trójstopniowa regulacja natężenia światła | Tak, podać |  |
| 4 | Temperatura koloru min. 3500K / 4000K / 4500K | Tak, podać |  |
| 5 | Ilość diody LED min. 8 szt. | Tak, podać |  |
| 6 | Żywotność diod LED min. 60000 godzin | Tak, podać |  |
| 7 | Natężenie światła min. 60000 luksów | Tak, podać |  |
| 8 | CRI (Ra): 95 | Tak, podać |  |
| 9 | Ogniskowa odległość 1 m | Tak, podać |  |
| 10 | Wielkość czaszy min. 24 cm | Tak, podać |  |
| 14 | Pobór energii max. 25 W | Tak, podać |  |
| 15 | Niski poziom emisji ciepła | Tak |  |
| 16 | Zasilanie sieciowe 230V, 50Hz | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 17 | Lampa fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 19 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 20 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 21 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 22 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 23 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 24 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 25 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 26 | Przy wysyłce lampy do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 27 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 28 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 29 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 30 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 31 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 20**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa lamp do fototerapii noworodkowa na statywie** - **2 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Lampa do fototerapii noworodkowa na statywie mobilnym | Tak |  |
| 2 | Maksymalne wymiary lampy: wysokość 85mm, szerokość 540mm, głębokość 230mm | Tak, podać |  |
| 3 | Powierzchnia efektywna naświetlania co najmniej 54 x 32 cm | Tak, podać |  |
| 4 | Wyświetlacz LCD | Tak |  |
| 5 | Waga samej lampy bez stojaka poniżej 2,50 kg | Tak, podać |  |
| 6 | Zasilanie sieciowe 230V, 50Hz | Tak |  |
| 7 | Typ i klasa elektryczna, Typ B, klasa 2 | Tak |  |
| 8 | Klasa wodoszczelności min. IP20 | Tak |  |
|  | **Parametry techniczne światła LED do fototerapii** |  |  |
| 9 | Ilość diód LED co najmniej 14-18 Blue LED | Tak, podać |  |
| 10 | Natężenie światła dla wszystkich poziomów natężenia regulowane 1-5 zmierzona z dystansu 35 cm;  Wysokie >70μW/cm^2/nm,  Niskie >25μW/cm^2/nm | Tak, podać |  |
| 11 | Długość fali 440 – 460 nm | Tak, podać |  |
| 12 | Żywotność modułu LED min. 50000 godzin | Tak, podać |  |
|  | **Pozostałe parametry** |  |  |
| 13 | Możliwość resetu czasu modułu LED | Tak |  |
| 14 | Światło LED doświetlające pole pracy z co najmniej 4 białymi źródłami światła | Tak, podać |  |
| 15 | Intensywność świtała doświetlającego białego, regulowana w co najmniej 3 poziomach | Tak, podać |  |
| 16 | Intensywność światła terapeutycznego regulowana w co najmniej 5 poziomach | Tak, podać |  |
| 17 | Miernik jakości oraz natężenia światła fototerapii - 1 szt. | Tak |  |
| 18 | Alarmy optyczne oraz akustyczne | Tak |  |
| 19 | Maksymalny poziom hałasu 10 dBA | Tak |  |
| 20 | Czerwony punkt świetlny do ustawienia optymalnego naświetlania | Tak |  |
| 21 | System chłodzenia lampy bez użycia wentylatora | Tak |  |
| 22 | Stojak mobilny na kołach z możliwością regulacji wysokości | Tak |  |
| 23 | Regulacja wysokości stojaka mobilnego co najmniej 1000-1700mm (+/-50mm) | Tak, podać |  |
| 24 | Koła podstawy stojaka min. cztery w tym dwa z hamulcem | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 25 | Lampa fabrycznie nowa, nie będąca uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 26 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 27 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 28 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 29 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 30 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 31 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 32 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 33 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 34 | Przy wysyłce lampy do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 35 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 36 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 37 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 38 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 39 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 21 pozycja 1**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa Holterów – rejestrator długotrwałych zapisów EKG** - **2 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Rejestratora długotrwałych zapisów EKG, 12- i 3 kanałowy | Tak |  |
| 2 | Częstotliwość próbkowania 2000Hz przy rozdzielczości zapisu 24 bity | Tak, podać |  |
| 3 | Czas ciągłego zapisu przez okres 24 godzin, 48 godzin lub 7 dni | Tak, podać |  |
| 4 | Odczyt badania z karty micro SDHC i jego archiwizacja | Tak |  |
| 5 | Karta pamięci do rejestratora min. 8 GB | Tak, podać |  |
| 6 | Detekcja pracy stymulatora | Tak |  |
| 7 | Przycisk zdarzeń pacjenta | Tak |  |
| 8 | Zasilanie z 1 baterii AA lub akumulatorów AA | Tak |  |
| 9 | Waga max 100g ± 15 g bez baterii | Tak |  |
| 10 | Filtr izolinii 0,05 Hz | Tak, podać |  |
| 11 | Funkcja oszczędności baterii | Tak |  |
| 12 | Rejestracja dwóch rodzajów zdarzeń | Tak |  |
| 13 | Trójkolorowa dioda i sygnalizacja dźwiękowa informująca o stanie rejestratora | Tak |  |
| 14 | Sygnalizacja uszkodzonej karty micro SDHC, wyczerpanej baterii, INOP | Tak |  |
| 15 | Automatyczne włączenie rejestratora bez wprowadzania danych pacjenta | Tak |  |
| 16 | Analiza zapisu EKG w trybie prospektywnym i retrospektywnym | Tak |  |
| 17 | Możliwość wykrywania, przeglądania, tworzenia ilościowych raportów w zakresie oceny: VE, S`SVE, P`SVT, Pauz, IRR VT, IVR, Tachy, Brady, Salwa, Bigeminia, Trigeminia, Pary, R na T, uniesienia i obniżenia ST. Epizody ST, Max, Min, oraz Średni Rytm Serca, procentowy udział artefaktów w zapisie | Tak, podać |  |
| 1 | Niezależna analiza ST każdego kanału EKG dla wybranych przez użytkownika punktów odniesienia ST, punktu J oraz linii bazowej R-R  Analiza arytmii pochodzenia komorowego i nadkomorowego w zapisach do 48 godzin | Tak |  |
| 19 | Tabelaryczna prezentacja danych liczbowych | Tak |  |
| 20 | Prezentacja wyników w formie trendów w tym trójwymiarowe trendy ST i HRV | Tak |  |
| 21 | Przygotowanie do druku automatycznie lub wybierane przez użytkownika wstęgi EKG wraz z ich etykietami | Tak |  |
| 22 | Drukowanie całego zarejestrowanego sygnału EKG | Tak |  |
| 23 | Niezależna analiza ST każdego kanału EKG dla wybranych przez użytkownika punktów odniesienia ST, punktu J oraz linii bazowej R-R | Tak |  |
| 24 | Analiza zmienności rytmu w dziedzinie czasu i częstotliwości | Tak |  |
| 25 | Analizy odstępu QT z prezentacją wyników w formie tabelarycznej graficznej | Tak |  |
| 26 | W zestawie kabel EKG z 10-odprowadzeniami na elektrody, torba na rejestrator z pasem, baterie alkaliczne, karta microSDHC | Tak |  |
| 27 | Rejestrator długotrwałych zapisów kompatybilny z posiadanym oprogramowaniem Holcard24W z kluczem zabezpieczającym | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 28 | Rejestrator fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 29 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 30 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 31 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 32 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 33 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 34 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 35 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 37 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 38 | Przy wysyłce rejestratora do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 39 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 40 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 41 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 42 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 43 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 21 pozycja 2**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa Holterów – rejestratory ciśnienia -** **3 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Rejestrator ciśnieniowy | Tak |  |
| 2 | Zakres mierzonego ciśnienia 0 do 300 mm Hg /względem ciśnienia atmosferycznego | Tak |  |
| 3 | Pomiar i rejestracja ciśnienia skurczowego, rozkurczowego, średniego krwi | Tak |  |
| 4 | Pomiar na żądanie – przycisk EVENT | Tak |  |
| 5 | Zasilanie baterie, akumulatory lub port USB | Tak |  |
| 6 | Wewnętrzny zegar czasu rzeczywistego | Tak |  |
| 7 | Pomiar częstości rytmu | Tak |  |
| 8 | Możliwość podziału doby na min. 6 podokresów pomiarowych | Tak |  |
| 9 | Pamięć min. 1000 badań | Tak |  |
| 10 | Harmonogram rejestracji pomiarów | Tak |  |
| 11 | Definicja aktywności/ snu | Tak |  |
| 12 | Tryb pracy dorosły i pediatryczny | Tak |  |
| 13 | Funkcja testu manometru | Tak |  |
| 14 | Funkcja testu szczelności | Tak |  |
| 15 | Czytelny interfejs użytkownika | Tak |  |
| 16 | Pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą oscylometryczną | Tak |  |
| 17 | Pomiar i rejestracja ciśnienia skurczowego, rozkurczowego, średniego krwi oraz częstotliwości rytmu serca | Tak, podać |  |
| 18 | Analiza wyników obejmująca statystyki: Max., Min., zakres, UQ, LQ, Mediana, Średnie, SD dla ciśnienia skurczowego, rozkurczowego, średniego oraz częstości rytmu | Tak |  |
| 19 | Rozpoczęcie rejestracji poza systemem komputerowym | Tak |  |
| 20 | Graficzna i tabelaryczna prezentacja wyników pomiarów | Tak |  |
| 21 | Możliwość podglądu archiwalnego badania przypisanego do pacjenta | Tak |  |
| 22 | W zestawie mankiet rozmiar M, przewód ciśnieniowy, łącznik mankietu przewodu ciśnieniowego, torba na rejestrator z pasem, baterie | Tak |  |
| 23 | Rejestrator kompatybilny z posiadanym oprogramowaniem do holtera ciśnienia wersja ABPM 508 | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 24 | Rejestrator fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 25 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 26 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 27 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 28 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 29 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 30 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 31 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 32 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 33 | Przy wysyłce rejestratora do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 34 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 35 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 36 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 37 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 38 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 22**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa urządzeń do usuwania i filtrowania dymu z pola operacyjnego**

**- 2 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Urządzenie służące do usuwanie i filtrowania dymu oraz aerozoli generowanych podczas zabiegów elektrochirurgicznych i laserowych z miejsca zabiegu chirurgicznego | Tak |  |
| 2 | Urządzenie wyposażone w ekran dotykowy, informujący m.in. o stanie filtra i natężeniu przepływu | Tak |  |
| 3 | System z silnikiem podciśnieniowym | Tak |  |
| 4 | Maksymalny poziom hałasu 55 dBA | Tak, podać |  |
| 5 | Możliwość automatycznej pracy z dowolnymi elektrodami wszystkich dostępnych na rynku diatermii | Tak |  |
| 6 | Wyposażony w włącznik nożny | Tak |  |
| 7 | Masa urządzenia max. 8 kg | Tak, podać |  |
| 8 | Przewód do automatycznej aktywacji urządzenia - 1 szt. do każdego urządzenia | Tak |  |
| 9 | Filtr zapasowy do urządzenia umożliwiający filtrację 4-stopniową w jednej obudowie składający się: filtr wstępny, ULPA, filtr węglowy, filtr końcowy - min. 1 szt. do każdego urządzenia | Tak, podać |  |
| 10 | Pojemnik - pułapka na płyny, chroniący urządzenie przed płynem zasysanym z pola operacyjnego o długości min. 14 cm, szerokość min. 10 cm - min. 1 szt. do każdego urządzenia | Tak, podać |  |
| 11 | Dren o długości co najmniej 3200 mm i średnicy 10 mm, do oddymiania przy zabiegach laparoskopowych zakończony końcówką typu LuerLock do troakara - min. 30 szt. do każdego urządzenia | Tak, podać |  |
| 12 | Chirurgiczna elektroda z funkcją oddymiania, długość powierzchni pracującej min. 19 cm i kabel o długości co najmniej 3 m. - min. 30 szt. do każdego urządzenia | Tak, podać |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 13 | Urządzenie z wyposażeniem fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 14 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 15 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 16 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 17 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 18 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 19 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 20 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 21 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 22 | Przy wysyłce urządzenia do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 23 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 24 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 25 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 26 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 27 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 23**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa uroflometru z komunikacją bezprzewodową** - **1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Uroflowmetr wagowy z oprogramowaniem kontrolno-pomiarowym do instalacji na komputerze typu PC lub laptopie połączony bezprzewodowo | Tak |  |
| 2 | Aparat dla pacjentów płci męskiej lub żeńskiej | Tak |  |
| 3 | Dokładne rejestrowanie informacji, zakres pomiarowy wynosi 0-50 ml / s, z dokładnością do ± 2%. | Tak |  |
| 4 | Zapis danych z analizą Siroky, Crane | Tak |  |
| 5 | Eksport danych do formatu pdf, możliwość archiwizacji i wydruku | Tak |  |
| 6 | Przepływomierz posiadający w pełni automatyczne funkcje, dzięki czemu pacjent może rozpocząć mikcję w swoim czasie | Tak |  |
| 7 | Objętość mikcyjna w zakresie min. 0-900ml | Tak, podać |  |
| 8 | Przetwornik wagowy uroflowmetru | Tak |  |
| 9 | Zasilanie sieciowe 230 V/ 50Hz /bateryjne | Tak |  |
| 10 | Wymaga się aby wydruk badania zawierał:  - wykres przebiegu mikcji  - data  - czas badania  - czas przepływu  - czas do max przepływu  - średni czas przepływu  - objętość mikcji  Miejsce na informację o przebiegu badania  Raport z możliwością informacji o danych tele-adresowych miejsca wykonania badania | Tak, podać |  |
| 11.a | Wymaga się aby podstawowy zestaw składał się z min. wymienionych elementów  - czujnik wagowy uroflowmetru z wbudowanym modułem radiowym | Tak |  |
| 11.b | statyw uroflowmetru o regulowanej wysokości | Tak |  |
| 11.c | oprogramowanie do bezprzewodowego przesyłania mierzonych danych do standardowego komputera PC lub notebooka | Tak |  |
| 11.d | pojemnik - 2 szt. | Tak |  |
| 11.e | lejek - 1 szt. | Tak |  |
| 11.f | krzesło mikcyjne przenośne z możliwością łatwego złożenia - 1szt. | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 12 | Uroflometr z wyposażeniem fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 13 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 14 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 15 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 16 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 17 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 18 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 19 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 20 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 21 | Przy wysyłce uroflometru do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 22 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 23 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 24 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 25 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 26 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 24**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa wideokolposkopu do diagnostyki ginekologicznej** - **1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Wideokolposkopu do diagnostyki ginekologicznej w zestawie: głowica, ramię, kolumna, podstawa samojezdna z hamulcem, monitor, złącza zewnętrzne, blokada pozycji monitora, klawiatura, blokada pozycji kamery, regulacja filtra polaryzacyjnego | Tak |  |
| 2 | Rozdzielczość ekranu monitora wideokolposkopu min. 1920x1080 | Tak, podać |  |
| 3 | Wielkość ekranu monitora wideokolposkopu min. 22” | Tak, podać |  |
| 4 | Oprogramowanie dedykowane do obsługi badań ginekologicznych | Tak |  |
| 5 | Minimalne wymagania sprzętowe komputera; Procesor i5 8 gen., pamięć RAM 8 GB, karta graficzna 1 GB; monitor 22’’, system operacyjny Windows 10 | Tak |  |
| 6 | Akcesoria do wykonywania zdjęć, karta wideo HDMI, kabel HDMI o długości co najmniej 5 m, przycisk nożny – 1 szt. | Tak |  |
| 7 | Ogniskowanie za pomocą funkcji autofocus lub manualnie | Tak |  |
| 8 | Płynna regulacja powiększenia - zoom co najmniej 2 do 30x | Tak, podać |  |
| 9 | Cyfrowy filtr negatywowy i czerwienny | Tak |  |
| 10 | Wyjścia HDMI | Tak |  |
| 11 | Pole widzenia min. 5 do 150 mm | Tak, podać |  |
| 12 | Światło emitowane skupiające się na badanym zakresie niezależnie od warunków oświetleniowych w gabinecie | Tak |  |
| 13 | Filtr redukcji odblasków | Tak |  |
| 14 | Precyzyjne, automatyczne ustawienia obrazu | Tak |  |
| 15 | Oświetlenie LED, światło zimne, luminacja 50 cd | Tak |  |
| 16 | Zasilanie sieciowe 230 V/ 50Hz | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 14 | Wideokolposkop z wyposażeniem fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 16 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 17 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 18 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 19 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 20 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 21 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 22 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 23 | Przy wysyłce wideokolposkopu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 24 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 25 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 26 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 27 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 28 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 25**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa histeroresektoskopu do zabiegów ginekologicznych - 1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Histeroresektoskop bipolarny do zabiegów ginekologicznych | Tak |  |
| 2 | Rolkowa pompa przeznaczona do zastosowania w zabiegach histeroskopowych | Tak |  |
| 3 | Dedykowany program histeroskopowy | Tak |  |
| 4 | Obsługa pompy poprzez kolorowy ekran dotykowy | Tak |  |
| 5 | Wybór zastosowania pompy z menu z listą procedur wyświetlanego na ekranie dotykowym | Tak |  |
| 6 | Pompa wyposażona w czujniki kontroli ciśnienia płukania | Tak |  |
| 7 | Regulacja ciśnienia płukania w zakresie min. 20 - 130 mmHg w procedurach ciśnieniowo kontrolowanych | Tak |  |
| 8 | Wyświetlanie parametrów ciśnienia płukania na ekranie dotykowym | Tak |  |
| 9 | Funkcja automatycznego rozpoznawania drenu wraz z automatyczną aktywacją procedur wykorzystujących dane drenu | Tak |  |
| 10 | Animacja wyświetlana na  ekranie dotykowym instruująca sposób zakładania drenu | Tak |  |
| 11 | Program do pompy umożliwiający przeprowadzenie procedury histeroskopii, z możliwością rozbudowy o kolejne procedury, np. artroskopii, laparoskopii | Tak |  |
| 12 | Dren płuczący do procedur ciśnieniowo kontrolowanych, wielorazowy - 2 szt. | Tak |  |
| 13 | Dren pompy min. 20 szt. | Tak, podać |  |
| 14 | Membrana drenu min. 40 szt. | Tak, podać |  |
| 15 | Optyka resektoskopowa Hopkins, kąt patrzenia 30°, śr. 4 mm, długość 30 cm, autoklawowalna, umieszczone na obudowie optyki oznakowanie kodem Data-Matrix lub QR z zakodowanym nr katalogowym oraz nr seryjnym optyki oraz oznakowanie graficzne lub cyfrowe średnicy kompatybilnego światłowodu, autoklawowalna - 1 szt. | Tak |  |
| 16 | Element pracujący resektoskopu bipolarnego wykorzystującego technikę w pełni bipolarną niewymagającą zaangażowania płaszcza resektoskopu jako części obwodu przepływu prądu HF, aktywny, kompatybilny z dwubiegunowymi elektrodami bipolarnymi, wyposażony w zamknięte uchwyty na palce oraz obrotowe mocowanie do płaszcza i optyki - 1 szt. | Tak |  |
| 17 | Tubus plastikowy do sterylizacji i przechowywania elektrod - 1 szt. | Tak |  |
| 18 | Płaszcz resektoskopu, obrotowy, przepływowy, rozmiar 26 Fr., składający się z płaszcza zewnętrznego i wewnętrznego z szybkim mocowaniem pomiędzy płaszczami na tzw. "klik", przyłącza napływu i odpływu zintegrowane z płaszczem zewnętrznym wyposażone w końcówki LUER-Lock i rozbieralne kraniki, płaszcz wewnętrzny z końcówką ceramiczną ściętą ukośnie, autoklawowalny - 1 szt. | Tak |  |
| 19 | Obturator kompatybilny z płaszczem resektoskopu 26 Fr., autoklawowalny - 1 szt. | Tak |  |
| 20 | Elektroda pętlowa tnąca bipolarna, dwubiegunowa, obydwa bieguny umieszczone na tej samej prowadnicy w części dystalnej, śr. drutu pętli tnącej 0,35 mm, - 12 szt. | Tak |  |
| 21 | Mostek optyki z kanałem dla instrumentów 5 Fr, autoklawowalny - 1 szt. | Tak |  |
| 22 | Kleszcze chwytająco - biopsyjne obie bransze ruchome śr. 5 Fr, autoklawowalne - 3 szt. | Tak |  |
| 23 | Nożyczki ostro zakończone półsztywne, śr. 5 Fr, autoklawowalny - 3 szt. | Tak |  |
| 24 | Przewód HF bipolarny, autoklawowalny - 1 szt. | Tak |  |
| 25 | Pojemnik plastikowy do sterylizacji i przechowywania instrumentów, pokrywa przeźroczysta, perforowana, dno pojemnika perforowane, umożliwiające umieszczenie kołków mocujących, wysłane matą silikonową, w zestawie kołki mocujące oraz paski silikonowe do przymocowania instrumentów. Wymiary zewnętrzne, szerokość 525 x głębokość 240 x wysokość 70 mm (+/-5 mm) - 1 szt. | Tak |  |
| 26 | Pojemnik plastikowy do sterylizacji i przechowywania optyk, preforowany - 1 szt. | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 27 | Histeroresektoskop z wyposażeniem fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 28 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 29 | Gwarancja min 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 30 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 31 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 32 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 33 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 34 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 35 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 36 | Przy wysyłce histeroresektoskopu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 37 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń, bezpłatne | Tak |  |
| 38 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 39 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 40 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 41 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 26**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa systemu do ogrzewania pacjenta na sali operacyjnej - 1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | System do ogrzewania pacjenta na sali operacyjnej, składający się z jednostki sterującej i materaca grzewczego | Tak |  |
| 2 | System działający w technologii włókien węglowych, zapewniający suche grzanie kontaktowe bez udziału wody lub powietrza | Tak |  |
| 3 | Jednostka sterująca z możliwością podłączenia i sterowania jednym elementem grzewczym | Tak |  |
| 4 | Możliwość zamocowania jednostki sterującej do stojaka do kroplówek, zawieszenia na relingu – postawienia – w komplecie niezbędny osprzęt | Tak |  |
| 5 | Jednostka sterująca wyposażona w uchwyt do przenoszenia | Tak |  |
| 6 | Napięcie wejściowe jednostki sterującej 220-240 VAC / 50 Hz | Tak |  |
| 7 | Niskie wyjściowe jednostki sterującej - napięcie zasilania materaca max. 24V | Tak, podać |  |
| 8 | Moc jednostki sterującej zapewniająca szybkie nagrzewanie elementów grzewczych – min. 300W | Tak, podać |  |
| 9 | Możliwość regulacji temperatury w zakresie 30-40˚C ze skokiem co 0,1˚C | Tak, podać |  |
| 10 | Ekran ciekłokrystaliczny wyświetlający następujące informacje:  - temperatura zaprogramowana,  - aktualna temperatura materaca grzewczego,  - temperatura ciała pacjenta - w przypadku podłączenia czujnika zewnętrznego,  - moc grzania – wskaźnik słupkowy,  - nazwa podłączonego elementu grzewczego wyświetlana w języku polskim | Tak |  |
| 11 | Sterowanie urządzeniem za pomocą panelu z przyciskami membranowymi | Tak |  |
| 12 | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów – wejście w tryb ustawień uruchamiane jest osobnym przyciskiem i wymaga zatwierdzenia wybranej temperatury ogrzewania | Tak |  |
| 13 | Alarmy:  odchylenia temperatury;  wysokiej temperatury;  rozłączenia elementu grzewczego;  niedogrzania,  Alarmy z możliwością wyciszenia | Tak, podać |  |
| 14 | Alarm zaniku zasilania | Tak |  |
| 15 | Komunikaty alarmowe i ostrzegawcze wyświetlane w języku polskim | Tak |  |
| 16 | Automatyczny wyłącznik bezpieczeństwa w przypadku przegrzania | Tak |  |
| 17 | Kontrola temperatury realizowana za pomocą minimum 10 czujników wbudowanych w materac | Tak |  |
| 18 | Wymiary materaca dostosowane do wymiarów stołu operacyjnego co najmniej  150 cm x 50 cm x 3 cm – 1szt | Tak, podać |  |
| 18 | Materac przeznaczony do czyszczenia i dezynfekcji ogólnodostępnymi środkami | Tak |  |
| 19 | Materac ogrzewający tylko pacjenta, nie emitujący ciepła do otoczenia | Tak |  |
| 20 | Materac przezierny dla promieni RTG | Tak |  |
| 21 | Materac posiadający zgrzewane pokrycie poliuretanowe zabezpieczające przed przedostaniem się płynów | Tak |  |
| 22 | Materac z wbudowaną przeciwodleżynową pianką lepkosprężystą o właściwościach przeciwodleżynowych | Tak |  |
| 23 | Materac wyposażony w wymienny poliuretanowy pokrowiec zewnętrzny wielokrotnego użytku, przeznaczony do prania w temp. min.90OC i dezynfekcji powierzchniowej posiadający zintegrowane troki do mocowania do relingów stołu | Tak |  |
| 24 | Wyraźne oznaczenie strony ciepłej materaca w postaci piktogramu oraz oznaczenia kolorem na pokrowcu zewnętrznym | Tak |  |
| 25 | Długość zintegrowanego przewodu materaca min. 0,5m ±0,1 m | Tak, podać |  |
| 26 | Długość przewodu łączącego materac z jednostką sterującą min. 2,5m ±0,1 m | Tak, podać |  |
| 27 | Obudowy wtyków połączeniowych wykonane z metalu, odpornego na uszkodzenia mechaniczne, posiadające zabezpieczenie przed przypadkowym rozłączeniem | Tak |  |
| 28 | Szybki czas nagrzewania materaca– max. 15 min do temperatury 37°C | Tak, podać |  |
| 29 | Zgodność elektromagnetyczna z urządzeniami do monitorowania wg normy EN60601-1-2 | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 30 | System do ogrzewania pacjenta fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 31 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 32 | Gwarancja min 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 33 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 34 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 35 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 36 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 37 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 38 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 39 | Przy wysyłce systemu do ogrzewania pacjenta do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 40 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń, bezpłatne | Tak |  |
| 41 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 42 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 43 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 44 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 27**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa urządzenia do podgrzewania płynów - 1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Urządzenie do podgrzewania wszelkiego rodzaju pojemników zawierających płyny infuzyjne, diuretyki, leki anestezjologiczne, płyny irygacyjne, środki kontrastowe i wlewowe | Tak |  |
| 2 | Dwie całkowicie niezależne szuflady o pojemności min.40L | Tak |  |
| 3 | Dwa tryby pracy manualny i automatyczny | Tak |  |
| 4 | Mikroprocesorowy system kontroli i regulacji temperatury | Tak |  |
| 5 | Pamięć zaprogramowanych ustawień temperatury i czasu | Tak |  |
| 6 | Dużym i czytelnym cyfrowy wyświetlacz temperatury zadanej i rzeczywistej oraz czasu | Tak |  |
| 7 | Podwójne zabezpieczenie przed przegrzaniem | Tak |  |
| 8 | Alarm wizualny sygnalizujący otwarcie szuflady | Tak |  |
| 9 | Alarm dźwiękowy sygnalizujący otwarcie szuflady dłużej niż minutę | Tak |  |
| 10 | Automatyczne domykanie szuflad | Tak |  |
| 11 | Podgrzewanie zawartości w zakresie co najmniej 28 – 70 ºC (28 – 41 º C, 42 – 70 ºC) | Tak, podać |  |
| 12 | Objętość komory roboczej min. 2 x 40 L | Tak, podać |  |
| 13 | Pobór mocy komory roboczej w trybie aktywnym max. 2 x 150 W | Tak, podać |  |
| 14 | Pobór mocy komory roboczej w trybie czuwania max. 2 x 20 W | Tak, podać |  |
| 15 | Zasilanie sieciowe 230 V/ 50Hz | Tak |  |
| 16 | Częstotliwość 50-60 Hz | Tak |  |
| 17 | Klasa bezpieczeństwa elektrycznego: 1 | Tak, podać |  |
| 18 | Głębokość wewnętrzna min. 700 mm | Tak, podać |  |
| 19 | Wysokość zewnętrzna min. 940 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 20 | Szerokość zewnętrzna min. 440 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 21 | Cztery kółka z hamulcami | Tak |  |
| 22 | Uchwyt i blokada transportowa | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 23 | Urządzenie fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 24 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 25 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 26 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 27 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 28 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 29 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 30 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 31 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 32 | Przy wysyłce urządzenia do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 33 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń, bezpłatne | Tak |  |
| 34 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 35 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 36 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 37 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 28**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa narzędzi do zabiegów laparoskopowych -** **1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Kleszczyki typu pazury, obrotowe, rozbieralne, jedna bransza ruchoma, 2 x 3 zęby, rozmiar 10 mm, długość 36 cm, zawartość zestawu: metalowy uchwyt, izolowany tubus, wkład roboczy , autoklawowalne – 1 szt. | Tak |  |
| 2 | Kleszczyki typu pazury 2 x 3 zęby, obrotowe, z trzpieniem do koagulacji monopolarnej, rozmiar 5 mm, długość 36 cm, jedna bransza ruchoma, zawartość zestawu: rękojeść plastikowa, tubus zewnętrzny izolowany, wkład roboczy, autoklawowalne – 1 szt. | Tak |  |
| 3 | Trokar, śr. 11 mm, dł. 10,5 cm, gwóźdź piramidalny, zawór wielofunkcyjny, autoklawowalny – 2 szt. | Tak |  |
| 4 | Trokar, śr. 6 mm, dł. 10,5 cm, gwóźdź piramidalny, zawór wielofunkcyjny, autoklawowalny – 2 szt. | Tak |  |
| 5 | Trokar optyczny typu TERNAMIAN z gwintem i obrotowym kranikiem insuflacyjnym, rozmiar 11 mm, długość robocza 10,5 cm, złożony z: kaniuli, zaworu wielofunkcyjnego, korka teleskopowego, autoklawowalny – 1 szt. | Tak |  |
| 6 | Igła do wytwarzania odmy otrzewnej, ze sprężynową tępą kaniulą wewnętrzną, LUER-Lock, średnica 2,1 mm, długość 15 cm, autoklawowalna – 1 szt. | Tak |  |
| 7 | Optyka laparoskopowa z systemem wałeczkowym typu Hopkins, kąt patrzenia 0°, śr. 10 mm, dł. 31 cm, oznakowanie DataMatrix i średnicy kompatybilnego światłowodu, przyłącze światłowodowe wyposażone w adaptery do światłowodów różnych producentów, autoklawowalna - 1 szt. | Tak |  |
| 8 | Kosz druciany do czyszczenia, sterylizacji i przechowywania jednego sztywnego endoskopu, w tym uchwyt na adaptery przyłącza światłowodu, silikonowe uchwyty na optykę i pokrywa, wymiary zewnętrzne co najmniej: szerokość 430 mm x głębokość 65 mm x wysokość 52 mm, do użytku ze sztywnymi endoskopami o średnicy do 10 mm i długości 34 cm, - 1 szt. | Tak |  |
| 9 | Kleszczyki preparacyjne i chwytające typu Kelly, obrotowe, z bolcem łączącym do koagulacji monopolarnej, rozmiar 5 mm, długość 36 cm, długie bransze obie ruchome, zawartość: rączka z tworzywa sztucznego, bez zapinki, izolowany tubus zewnętrzny, wkład roboczy, autoklawowalne - 1 szt. | Tak |  |
| 10 | Nożyczki laparoskopowe, obrotowe, z bolcem przyłączeniowym do koagulacji monopolarnej, rozmiar 5 mm, długość 36 cm, zakrzywione, ząbkowane, długość ostrzy 17 mm, obie bransze ruchome, zawartość zestawu: rękojeść plastikowa, bez zapinki, tubus zewnętrzny izolowany, wkład roboczy, autoklawowalne - 1 szt. | Tak |  |
| 11 | Redukcja 11/5 mm, nasadka na trokar, autoklawowalna - 1 szt. | Tak |  |
| 12 | Uszczelka typu pokrywka 50/4 do trokara, autoklawowalna - 10 szt. | Tak |  |
| 13 | Uszczelka typu pokrywka 60/10 do trokara, autoklawowalna - 10 szt. | Tak |  |
| 14 | Gumowa zatyczka do przyłącza LUERLock, czarna - 10 szt. | Tak |  |
| 15 | Kleszczyki preparacyjno - chwytające, obrotowe, z przyłączem do koagulacji monopolarnej, rozmiar 5 mm, długość 36 cm, atraumatyczne, okienkowane, obie bransze ruchome, składające się z: tubusu, rączki, wkładu roboczego, autoklawowalne - 1 szt. | Tak |  |
| 16 | Kleszczyki chwytające, obrotowe, z przyłączem do koagulacji monopolarnej, rozmiar 5 mm, długość 36 cm, atraumatyczne bransze, obie ruchome, w skład zestawu wchodzą: rękojeść z tworzywa sztucznego, z zapinką, tubus, wkład roboczy, autoklawowalne – 1 szt. | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 17 | Narzędzia laparoskopowe fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 19 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 20 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 21 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 22 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 23 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 24 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 25 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania narzędzi do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, narzędzi zastępczych | Tak |  |
| 26 | Przy wysyłce narzędzi do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 27 | Przy dostawie narzędzi dołączyć, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 28 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 29**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa aparatu elektrochirurgicznego monopolarnego i bipolarnego**

- **1 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Aparat elektrochirurgiczny umożliwiające pracę monopolarną i bipolarną | Tak |  |
| 2 | Zasilanie sieciowe 230 V/ 50Hz | Tak |  |
| 3 | Podstawowa częstotliwość pracy generatora 333kHz +/-10% | Tak, podać |  |
| 4 | Aparat z zabezpieczeniem przed impulsem defibrylacji | Tak |  |
| 5 | Zabezpieczenie przeciwporażeniowe klasa I CF | Tak |  |
| 6 | Zabezpieczenie przed przeciążeniem aparatu z aktywnym pomiarem temperatury kluczowych elementów | Tak |  |
| 7 | Automatyczny test urządzenia po uruchomieniu | Tak |  |
| 8 | Wewnętrzny układ symulujący podłączenie pacjenta, który każdorazowo po włączeniu aparatu testuje kalibrację toru mocy, gwarantując prawidłowy dobór mocy podczas zabiegu | Tak |  |
| 9 | Komunikacja z urządzeniem za pomocą ekranu dotykowego | Tak |  |
| 10 | Czytelny kolorowy, ciekłokrystaliczny wyświetlacz parametrów pracy nie mniejszy niż 7” | Tak, podać |  |
| 11 | Możliwość regulacji jasności ekranu – min. 20 stopni | Tak, podać |  |
| 12 | Komunikacja w języku polskim. | Tak |  |
| 13 | System kontroli aplikacji elektrody neutralnej dwudzielnej. Stała kontrola aplikacji elektrody podczas trwania całego zabiegu. Wyświetlacz poprawnego podłączenia elektrody neutralnej | Tak |  |
| 14 | Zła aplikacja elektrody neutralnej dwudzielnej sygnalizowana alarmem oraz komunikatem na ekranie. | Tak |  |
| 15 | Możliwość wyboru elektrody neutralnej dla dorosłych lub noworodkowej – automatyczne ograniczenie mocy wyjściowej w przypadku wyboru elektrody noworodkowej | Tak |  |
| 16 | Aparat wyposażony w system rozpoznawania podłączonych narzędzi. Automatyczne przywoływanie trybów pracy i nastaw dla podłączonego narzędzia | Tak |  |
| 17 | Urządzenie wyposażone w 2 niezależne gniazda z rozpoznawaniem podłączonych instrumentów | Tak |  |
| 18 | Możliwość regulacji głośności sygnałów aktywacji min. 20 poziomów - bez możliwości całkowitego wyciszenia | Tak |  |
| 19 | Widok aktualnie aktywowanego trybu pracy na ekranie głównym aparatu | Tak |  |
| 20 | Sygnalizacja akustyczna aktywowanego trybu pracy | Tak |  |
| 21 | Aktywacja funkcji monopolarnych włącznikiem nożnym lub z uchwytu elektrody czynnej | Tak |  |
| 22 | Wizualna i akustyczna sygnalizacja nieprawidłowego działania urządzenia. Informacja o niesprawności w formie komunikatu z opisem, wyświetlanym na ekranie urządzenia | Tak |  |
| 23 | Monitor mocy informujący o mocy średniej i szczytowej podczas procesu cięcia i koagulacji | Tak |  |
| 24 | Automatyczne rozpoznawanie podłączonych narzędzi wraz z automatycznym przywołaniem trybów pracy i nastaw właściwych dla podłączonego instrumentu | Tak |  |
| 25 | Informacja o podłączonym instrumencie widoczna na aktywnym panelu sterowania | Tak |  |
| 26 | Urządzenie umożliwiające pracę z bezprzewodowym „radiowym” włącznikiem nożnym | Tak |  |
| 27 | Aparat na wózku wyposażonym w platformę jezdną z blokadą kół oraz z koszykiem na akcesoria | Tak |  |
|  | **Parametry pracy urządzenia** |  |  |
| 28 | Cięcie monopolarne z systemem automatycznego dopasowania mocy wyjściowej w zakresie do 200W | Tak |  |
| 29 | Regulacja efektu w zakresie min. 1-200 | Tak, podać |  |
| 30 | Możliwość regulacji efektu z krokiem co 1 w zakresie 1-30 oraz z krokiem co 5 powyżej 30 | Tak, podać |  |
| 31 | Minimum 2 rodzaje cięcia monopolarnego (cięcie czyste, cięcie mieszane) | Tak, podać |  |
| 32 | Koagulacja monopolarna z systemem automatycznego dopasowania mocy wyjściowej w zakresie do 200W | Tak, podać |  |
| 33 | Regulacja efektu w zakresie 1-200 | Tak, podać |  |
| 34 | Możliwość regulacji efektu z krokiem co 1 w zakresie 1-30 oraz z krokiem co 5 powyżej 30 | Tak, podać |  |
| 35 | Minimum 2 rodzaje koagulacji monopolarnej (koagulacja miękka, forsowna) | Tak, podać |  |
| 36 | Koagulacja bipolarna z systemem automatycznego dopasowania mocy wyjściowej w zakresie do 120W | Tak, podać |  |
| 37 | Regulacja efektu w zakresie 1-120 | Tak, podać |  |
| 38 | Możliwość regulacji efektu z krokiem co 1 w zakresie 1-30 oraz z krokiem co 5 powyżej 30 | Tak, podać |  |
| 39 | Możliwość aktywacji koagulacji włącznikiem nożnym lub automatycznie po uchwyceniu tkanki szczypcami AutoStart | Tak, podać |  |
|  | **Wyposażenie** |  |  |
| 40 | Włącznik nożny 2-przyciskowy do aktywacji cięcia i koagulacji - 1 szt. | Tak |  |
| 41 | Elektrody neutralne jednorazowego użytku, dwudzielne, hydrożelowe z systemem rozprowadzającym prąd równomiernie na całej powierzchni elektrody, nie wymagające aplikacji w określonym kierunku w stosunku do pola operacyjnego, kompatybilne z system monitorowania aplikacji elektrody neutralnej – min. 50 szt. | Tak, podać |  |
| 42 | Kabel elektrod jednorazowych dł. 3m – 1 szt. | Tak |  |
| 43 | Uchwyt elektrody 4mm, szeroki, 2 przyciski, kabel 4m, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi, przeznaczony do min. 300 cykli sterylizacji – 2 szt. | Tak, podać |  |
| 44 | Elektroda monopolarna, wielorazowa, do uchwytu 4mm, nóż prosty, 2x24mm – 2 szt. | Tak, podać |  |
| 45 | Kabel bipolarny, dł. min. 3m, złącze proste, kompatybilny z systemem rozpoznawania narzędzi – 2 szt. | Tak |  |
| 46 | Szczypce bipolarne, proste, 1mm, dł. 160mm, wielorazowego użytku – 2 szt. | Tak, podać |  |
| 47 | Wózek wyposażony w cztery kółka, w tym min. 2 z blokadą, z rączką , z zamykaną szafką. Wyposażony koszyk na akcesoria – 1 szt. | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 48 | Aparat fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 49 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 50 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 51 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 52 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 53 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 54 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 55 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 56 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 57 | Przy wysyłce aparatu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 58 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne | Tak |  |
| 59 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 60 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 61 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 62 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 30**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa respiratorów do wentylacji pacjenta w warunkach domowych   
- 10 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Respirator turbinowy do prowadzenia wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej w warunkach terapii domowej i szpitalnej | Tak |  |
| 2 | Respirator do wentylacji inwazyjnej oraz nieinwazyjnej | Tak |  |
| 3 | Respirator przystosowany do wentylacji okresowej i ciągłej | Tak |  |
| 4 | Zakres parametrów umożliwiający prowadzenie wentylacji u dorosłych i u dzieci | Tak |  |
| 5 | Waga aparatu bez dodatkowego wyposażenia poniżej 4 kg | Tak, podać |  |
| 6 | Możliwość stosowania obwodów: jednorurowy przeciekowy oraz jednorurowy z zastawką | Tak |  |
| 7 | Możliwość stosowania z obwodami oddechowymi o średnicy: 10, 15 i 22 mm | Tak, podać |  |
| 8 | Możliwość zaprogramowania min. 2 programów terapeutycznych | Tak, podać |  |
|  | **Monitor graficzny** |  |  |
| 9 | Aparat wyposażony w kolorowy, dotykowy ekran o przekątnej min. 7” | Tak, podać |  |
| 10 | Napisy i komunikaty w języku polskim | Tak |  |
| 11 | Ekrany dla monitorowania, ustawiania parametrów wentylacji i ustawiania alarmów | Tak |  |
| 12 | Ekran umożliwiający jednoczesne ustawianie parametrów wentylacji oraz monitorowanie parametrów tj. objętość wdechu lub wydechu (VTi lub Vte), częstość oddechów, procent oddechów spontanicznych w stosunku do całkowitej ilości, aktualny przeciek. | Tak |  |
| 13 | Ekran umożliwiający dostosowanie progów alarmowych do wyświetlanych parametrów uzyskiwanych przez wentylowanego pacjenta | Tak |  |
| 14 | Łatwy dostęp do menu konfiguracji i ustawień, monitorowania, alarmów i informacji z poziomu monitora aparatu poprzez dotykowe przyciski | Tak |  |
| 15 | Samoczynna blokada ekranu | Tak |  |
| 16 | Dwa poziomy dostępu do menu użytkownika: pacjenta (ograniczony) i kliniczny (pełny) | Tak |  |
| 17 | Możliwość monitorowania parametrów wentylacji w formie wartości cyfrowej, krzywych oddechowych oraz trendów | Tak |  |
| 18 | Krzywe oddechowe ciśnienie/czas i przepływ/czas wyświetlane na ekranie w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | **Zasilanie respiratora** |  |  |
| 19 | Własne zintegrowane źródło powietrza zapewniające ciągłe zasilanie respiratora w powietrze zarówno przy zasilaniu sieciowym jak i akumulatorowym | Tak |  |
| 20 | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce | Tak |  |
| 21 | Zintegrowany litowo-jonowy akumulator wewnętrzny umożliwiający pracę respiratora przy w pełni naładowanej baterii przez co najmniej 8 godzin, wskaźnik naładowania baterii na ekranie respiratora | Tak |  |
| 22 | Możliwość rozbudowy o zewnętrzne baterie do czasu zasilania min. 24 godziny | Tak |  |
|  | **Monitorowanie** |  |  |
| 23 | Krzywe: ciśnienie i przepływ w czasie rzeczywistym | Tak |  |
| 24 | Ekran z wyświetlanymi wartościami wentylacji przedstawionych w formie cyfrowej | Tak |  |
| 25 | Graficzny wskaźnik ciśnienia aktualnego, PEEP/EPAP, średniego | Tak |  |
| 26 | Dostępny ekran z podglądem aktywnych alarmów | Tak |  |
| 27 | Szczegółowe dane dotyczące pracy aparatu i wentylacji w ciągu ostatnich 7 dni dostępne na ekranie aparatu i do pobrania przy użyciu PC z zainstalowanym dedykowanym oprogramowaniem | Tak |  |
| 28 | Dane sumaryczne dotyczące pracy aparatu i wentylacji za ostanie 365 dni dostępne na ekranie aparatu i do pobrania przy użyciu PC zainstalowanym dedykowanym oprogramowaniem | Tak |  |
|  | **Tryb wentylacji** |  |  |
| 29 | Wentylacja wspomagana oraz kontrolowana | Tak |  |
| 30 | SIMV synchronizowana przerywana wentylacja dostępna z docelowymi ustawieniami ciśnienia P-SIMV oraz objętości V-SIMV | Tak |  |
| 31 | Wentylacja spontaniczna | Tak |  |
| 32 | Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP | Tak |  |
| 33 | Wentylacja przy bezdechu - zabezpieczająca minimalna częstość oddechowa | Tak |  |
| 34 | Tryb pracy respiratora ustawiany w oparciu o docelową wentylację pęcherzykową z automatyczną regulacją częstotliwości oddechów | Tak |  |
|  | **Rodzaj oddechu wymuszonego** |  |  |
| 35 | Oddech kontrolowany objętością | Tak |  |
| 36 | Oddech kontrolowany ciśnieniem | Tak |  |
| 37 | Oddech kontrolowany ciśnieniem z funkcją zapewnienia bezpiecznej objętości VT | Tak |  |
|  | **Rodzaj oddechu spontanicznego** |  |  |
| 38 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem | Tak |  |
| 39 | Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem z automatycznym przełączeniem na oddech kontrolowany w przypadku bezdechu | Tak |  |
| 40 | Oddech wspomagany ciśnieniem z funkcją zapewnienia bezpiecznej objętości VT | Tak |  |
| 41 | CPAP ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych | Tak |  |
|  | **Parametry regulowane** |  |  |
| 42 | Częstość oddechów w zakresie nie mniejszym niż od wył. do 80 na minutę | Tak, podać |  |
| 43 | Objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 50 do 2500 ml | Tak, podać |  |
| 44 | Docelowa objętość pojedynczego oddechu w zakresie nie mniejszym niż od 50 do 2500 ml | Tak, podać |  |
| 45 | Regulowany czas wdechu w zakresie min. 0,2 do 5 sekund | Tak, podać |  |
| 46 | Szczytowe ciśnienie wdechowe w zakresie nie mniejszym niż od 2 do 50 cmH2O | Tak, podać |  |
| 47 | Regulowane ciśnienie końcowo-wydechowe PEEP/EPAP 0-20 cmH2O | Tak, podać |  |
| 48 | Ciśnienie wspomagania w zakresie nie mniejszym niż od 2 do 50 cmH2O | Tak, podać |  |
| 49 | Regulacja CPAP w zakresie nie mniejszym niż od 3 do 20 cmH2O | Tak, podać |  |
| 50 | Trigger wdechowy przepływowy i ciśnieniowy posiadający nie mniej niż 5 poziomów regulacji oraz funkcję wyłączenia | Tak, podać |  |
|  | **Inne funkcje wentylacji** |  |  |
| 51 | Automatyczny algorytm kompensujący zmienne przecieki | Tak, opisać |  |
| 52 | Regulacja narastania ciśnienia w zakresie od Min do 900 ms | Tak, podać |  |
| 53 | Regulacja procentowego kryterium przełączania na fazę wydechową w zakresie nie mniejszym niż od (-) 5 do (-) 90% przepływu szczytowego | Tak, podać |  |
| 54 | Możliwość ustawień wentylacji przez ustnik | Tak |  |
|  | **Pomiary parametrów wentylacji** |  |  |
| 55 | Pomiar ciśnienia szczytowego wyświetlany cyfrowo | Tak |  |
| 56 | Pomiar w % oddechów inicjowanych i kończonych przez pacjenta | Tak |  |
| 57 | Pomiar rzeczywistej wydechowej objętości pojedynczego oddechu | Tak |  |
| 58 | Pomiar stosunku I/E | Tak |  |
| 59 | Pomiar przecieków niezamierzonych | Tak |  |
| 60 | Indeks dyszenia RSBI (f/Vt) | Tak |  |
| 61 | Możliwość pomiaru stężenia wdechowego tlenu, pomiar wyświetlany na ekranie respiratora | Tak |  |
|  | **Alarmy** |  |  |
| 62 | Hierarchia alarmów w zależności od ważności, min. 3 priorytetach (wysoki, średni i niski) | Tak |  |
| 63 | Alarm zaniku zasilania sieciowego | Tak |  |
| 64 | Alarm niskiego poziomu naładowania akumulatora | Tak |  |
| 65 | Alarm krytyczny poziom naładowania akumulatora wewnętrznego | Tak |  |
| 66 | Alarm wysokiej i niskiej minutowej objętości oddechowej | Tak |  |
| 67 | Alarm wysokiej objętości oddechowej | Tak |  |
| 68 | Alarm niskiej objętości oddechowej | Tak |  |
| 69 | Alarm wysokiego ciśnienia wdechowego i/lub niedrożności | Tak |  |
| 70 | Alarm niskiego ciśnienia wdechowego | Tak |  |
| 71 | Alarm wysokiej częstości oddechów | Tak |  |
| 72 | Alarm wysokiej nieszczelności | Tak |  |
| 73 | Alarm niskiego i wysokiego PEEP | Tak |  |
| 74 | Alarm niskiej częstości oddechów lub bezdechu | Tak |  |
| 75 | Alarm rozłączenia układu z regulacją tolerancji w zakresie 5% - 95% | Tak |  |
| 76 | Alarm bezdechu z możliwością regulacji czasu reakcji | Tak |  |
| 77 | Alarm bezdechu z możliwością wyboru: tylko alarm lub alarm z wentylacją bezdechu | Tak |  |
| 78 | Alarm bezdechu z możliwością wyboru: bezdech pacjenta lub każdy bezdech | Tak |  |
| 79 | Alarm braku przejścia testu | Tak |  |
| 80 | Alarm niewłaściwej konfiguracji urządzenia (nieprawidłowa maska, adapter, obwód) | Tak |  |
| 81 | Możliwość wyciszenia alarmów na 2 minuty | Tak |  |
| 82 | Możliwość przeglądania zapamiętanych alarmów na ekranie respiratora z min. ostatnich 3 dni | Tak, podać |  |
|  | **Inne pożądane funkcje i wymagane wyposażenie dodatkowe** |  |  |
| 83 | Zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | Tak |  |
| 84 | Możliwość pracy z układem wdechowym przeciekowym „Leakage valve” | Tak |  |
| 85 | Możliwość pracy z układem wdechowym jednoramiennym z zaworem wydechowym | Tak |  |
| 86 | Min. 2 zestawów jednorazowych obwodów oddechowych z zaworem wydechowym dla dorosłych dostosowanych do respiratora na każdy respirator | Tak, podać |  |
| 87 | Min. 2 zestawów jednorazowych obwodów oddechowych z przeciekiem dla dorosłych dostosowanych do respiratora na każdy respirator | Tak, podać |  |
| 88 | Każdy zestaw wyposażony w zestaw filtrów powietrza do respiratora - ilość wystarczająca na co najmniej rok pracy | Tak |  |
| 89 | Każdy zestaw wyposażony w min. 2 złączki do podłączenia tlenu | Tak, podać |  |
| 90 | Każdy zestaw wyposażony w min. 3 maski ustno-nosowe z portem przeciekowym, bez podpórki czołowej z paskami mocowanymi na rzep i klipsami magnetycznymi. Do wyboru z rozmiarów S, M, L. Maski przeznaczone do wielokrotnego użytku | Tak, podać nazwę producenta, typ i model |  |
| 91 | Torba transportowa do każdego respiratora | Tak |  |
| 92 | Serwis turbiny respiratora nie częściej niż 35 000 godzin pracy turbiny | Tak, podać |  |
| 93 | Głośność pracy respiratora do 35dB | Tak, podać |  |
| 94 | Oprogramowanie do analizy danych w komputerze | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 95 | Respiratorye fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 96 | Instrukcje obsługi dla pacjenta oraz osobną dla personelu medycznego w języku polskim wraz z dostawą | Tak |  |
| 97 | Oprogramowanie respiratora w języku polskim | Tak |  |
| 98 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 99 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 100 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 101 | Możliwość zgłoszenia awarii respiratora 24 godziny na dobę | Tak |  |
| 102 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 103 | Zapewnienie aparatu zastępczego na czas naprawy | Tak |  |
| 104 | Reakcja serwisu: odebranie respiratora do naprawy od pacjenta lub z siedziby zamawiającego na koszt Dostawcy w czasie max. 48 godzin od zgłoszenia | Tak |  |
| 105 | Bezpłatne przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń z uwzględnieniem części eksploatacyjnych tj. akumulator i inne jeśli instrukcja tego wymaga | Tak |  |
| 106 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 107 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (okres czasowy lub godziny pracy) | Podać |  |
| 108 | Przy dostawie sprzętu do każdej sztuki dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 109 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi min. trzy szkolenia (lekarze oraz pielęgniarki w systemie zmianowym) | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 31**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa respiratorów do wspomagania oddechu pacjenta w warunkach domowych - 10 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Respirator do wspomagania oddechu typu BILEVEL do nieinwazyjnej wentylacji płuc w warunkach terapii domowej | Tak |  |
| 2 | Respirator przystosowany do wentylacji okresowej i ciągłej | Tak |  |
| 3 | Zakres parametrów umożliwiający prowadzenie wentylacji u dorosłych i u dzieci | Tak |  |
| 4 | Waga aparatu bez dodatkowego wyposażenia poniżej 2 kg | Tak, podać |  |
| 5 | Głośność pracy respiratora do 30dB | Tak, podać |  |
| 6 | Napisy i komunikaty w języku polskim | Tak |  |
|  | **Monitorowanie** |  |  |
| 7 | Monitorowanie parametrów przebiegu terapii w czasie: Vt, MV, RR, przeciek, Va, ciśnienia IPAP i EPAP, stosunek I:E, AHI | Tak, podać |  |
|  | **Zasilanie respiratora** |  |  |
| 8 | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce | Tak |  |
| 9 | Zasilanie akumulatorowe, akumulator zewnętrzny na min. 8 godzin pracy | Tak, podać |  |
|  | **Tryby pracy** |  |  |
| 10 | CPAP | Tak |  |
| 11 | S spontaniczny | Tak |  |
| 12 | T oddech kontrolowany | Tak |  |
| 13 | ST z funkcją inteligentnego wspomagania minimalnej ilości oddechów | Tak |  |
| 14 | PAC wentylacja kontrolowana ciśnieniowa | Tak |  |
| 15 | Częstość oddechu w zakresie. 0-50 oddechów/ minutę | Tak, podać |  |
|  | **Zakres ciśnień** |  |  |
| 16 | IPAP: 4-30 mbar | Tak, podać |  |
| 17 | EPAP: 2-25 mbar | Tak, podać |  |
| 18 | CPAP: 4-20 mbar | Tak, podać |  |
| 19 | Możliwość ustawienia maksymalnego i minimalnego czasu wdech w zakresie od 0.1s do 4 s; przyrost co 0,1 s | Tak, podać |  |
| 20 | Kontrola czas narastania ciśnienia wdechowego co najmniej od minuty do 900 ms | Tak, podać |  |
| 21 | Min. 5 poziomów regulacji czułości wyzwalania wdechu i wydechu | Tak, podać |  |
| 22 | Funkcja narastania ciśnienia EPAP podczas rozpoczęcia terapii | Tak |  |
| 23 | Funkcja krokowego obniżania ciśnienia na koniec terapii | Tak |  |
|  | **Alarmy** |  |  |
| 24 | Alarm dużej nieszczelności | Tak |  |
| 25 | Alarm niskiej wentylacji minutowej | Tak |  |
| 26 | Alarm zatkany obwód | Tak |  |
| 27 | Alarm rozłączenia układu | Tak |  |
| 28 | Alarm bezdechu | Tak |  |
| 29 | Alarm awaria zasilania | Tak |  |
|  | **Inne pożądane funkcje i wymagane wyposażenie dodatkowe** |  |  |
| 30 | Możliwość podłączenia źródła tlenu, maksymalny przepływ do 15L/min | Tak, podać |  |
| 31 | Możliwość odczytu danych statystycznych z min. 365 dni terapii | Tak, podać |  |
| 32 | Respirator przystosowany do pracy 24h/ 7 dni | Tak |  |
| 33 | Możliwość automatycznego obliczenia docelowej wentylacji pęcherzykowej przez algorytm respiratora | Tak |  |
| 34 | Możliwość zdalnej zmiany ustawień respiratora | Tak |  |
| 35 | Możliwość użytkowania podgrzewanego obwodu pacjenta | Tak |  |
| 36 | Możliwość podłączenia nawilżacza | Tak |  |
| 37 | Możliwość rozbudowy o moduł SpO2 | Tak |  |
| 38 | Możliwość rozbudowy o moduł USB | Tak |  |
| 39 | Możliwość transferu danych za pomocą karty SD lub przez internet | Tak, podać |  |
| 40 | Min. 2 zestawów jednorazowych obwodów oddechowych z przeciekiem dla dorosłych dostosowanych do respiratora na każdy respirator | Tak, podać |  |
| 41 | Każdy zestaw wyposażony w zestaw filtrów powietrza do respiratora - ilość wystarczająca na min. rok pracy respiratora | Tak, podać |  |
| 42 | Każdy zestaw wyposażony w min. 2 złączki do podłączenia tlenu | Tak, podać |  |
| 43 | Każdy zestaw wyposażony w min. 3 maski ustno-nosowe z portem przeciekowym, bez podpórki czołowej z paskami mocowanymi na rzep i klipsami magnetycznymi. Do wyboru z rozmiarów S, M, L. Maski przeznaczone do wielokrotnego użytku | Tak, podać nazwę producenta, typ i model |  |
| 44 | Każdy zestaw wyposażony w akumulator zewnętrzny na min. 8 godzin pracy | Tak, podać |  |
| 45 | Torba transportowa do każdego respiratora | Tak |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 46 | Respiratory fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 47 | Instrukcje obsługi dla pacjenta oraz osobną dla personelu medycznego w języku polskim wraz z dostawą | Tak |  |
| 48 | Oprogramowanie respiratora w języku polskim | Tak |  |
| 49 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 50 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 51 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 52 | Możliwość zgłoszenia awarii respiratora 24 godziny na dobę | Tak |  |
| 53 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 54 | Zapewnienie aparatu zastępczego na czas naprawy | Tak |  |
| 55 | Reakcja serwisu: odebranie respiratora do naprawy od pacjenta lub z siedziby zamawiającego na koszt Dostawcy w czasie max. 48 godzin od zgłoszenia | Tak |  |
| 56 | Bezpłatne przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń z uwzględnieniem części eksploatacyjnych tj. akumulator i inne jeśli instrukcja tego wymaga | Tak |  |
| 57 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 58 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (okres czasowy lub godziny pracy) | Podać |  |
| 59 | Przy dostawie sprzętu do każdej sztuki dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 60 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi min. trzy szkolenia (lekarze oraz pielęgniarki w systemie zmianowym) | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 32**

**Przedmiot zamówienia: Dostawa ssaków przenośnych akumulatorowo-sieciowych - 20 szt.**

Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry graniczne** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| 1 | Ssak przenośny akumulatorowo-sieciowy | Tak |  |
| 2 | Ergonomiczny uchwyt do przenoszenia ssaka | Tak |  |
| 3 | Ssak przystosowany do pracy ciągłej | Tak |  |
| 4 | Zasilanie sieciowe 230 V/ 50Hz i 12V | Tak |  |
| 5 | Wbudowany akumulator pozwalający na pracę ciągłą co najmniej 45 minut | Tak, podać |  |
| 6 | Podciśnienie nie mniejsze niż 85 kPa | Tak, podać |  |
| 7 | Maksymalna wydajność mierzona w zakresie pracy za zbiornikiem na wydzieliny nie mniejsza 30 l/min | Tak, podać |  |
| 8 | Możliwość precyzyjnego ustawienia podciśnienia za pomocą regulatora membranowego. Panel przedni wyposażony w podświetlaną skalę wykorzystanego podciśnienia i precyzyjnego doboru ssania poprzez odpowiednie podświetlenie oznaczonej skali na panelu przednim urządzenia ssącego. Pokrętło do zmiany podciśnienia i siły ssania. Stan rzeczywisty naładowanej baterii widoczny na panelu przednim | Tak |  |
| 9 | Pompa niskoobrotowa tłokowa, wytwarzająca podciśnienie bezolejowa, nie wymagająca konserwacji | Tak |  |
| 10 | Maksymalny poziom hałasu 50 dBA | Tak, podać |  |
| 11 | Wielostopniowe zabezpieczenie przed przelaniem pompy | Tak, podać |  |
| 12 | Włącznik-wyłącznik na panelu przednim | Tak |  |
| 13 | Zbiornik nie mniejszy niż 0,8 litra wielorazowy na wydzielinę, nietłukące z tworzywa z podziałką, autoklawowalny w temperaturze do 134°C | Tak |  |
| 14 | Uchwyt boczny na dren wmontowany na stałe w konstrukcje urządzenia z metalu | Tak |  |
| 15 | Możliwość stosowania na oddziałach szpitalnych i SOR | Tak |  |
| 16 | Filtry antybakteryjne - min. 5 szt. do każdego ssaka | Tak, podać |  |
|  | ***Warunki gwarancji i inne*** |  |  |
| 17 | Ssaki fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 19 | Gwarancja min 24 miesięcy | Tak |  |
| 20 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 21 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 22 | Możliwość zgłoszenia awarii ssaka 24 godziny na dobę | Tak |  |
| 23 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 24 | Zapewnienie ssaka zastępczego na czas naprawy | Tak |  |
| 25 | Reakcja serwisu: odebranie ssaka do naprawy od pacjenta lub z siedziby zamawiającego na koszt Dostawcy w czasie max. 48 od zgłoszenia | Tak |  |
| 26 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń , bezpłatne z uwzględnieniem części eksploatacyjnych tj. akumulator i inne jeśli instrukcja tego wymaga | Tak |  |
| 27 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 28 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | podać |  |
| 29 | Przy dostawie sprzętu do każdej sztuki dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, karta gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 30 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**Uzupełnienie powyższych opisów pakietów od 1 do 32**

**CAŁY ZAOFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA W TABELACH DLA PAKIETÓW OD 1 DO 32 MUSI BYĆ DOPUSZCZONY DO STOSOWANIA W OBSZARZE MEDYCZNYM, z zastzreżeniem, iż ZAMAWIAJĄCY W PAKIECIE 1 oraz 16 nie wymaga produktów będących wyrobami medycznymi. W pakiecie 1 oraz 16 zamawiający dopuszcza zaoferowanie wyrobu medycznego, co pozostawia do decyzji wykonawcy, który akceptuje okoliczność różnic wynikających z cen wyrobu medycznego i wyrobu niemedycznego.**

**Wykonawca składając swoją ofertę w niniejszym postępowaniu oświadcza równocześnie, iż jest uprawniony do swobodnego rozporządzania zaoferowanymi Produktami, które są wolne od wad fizycznych i prawnych oraz, że posiada wszelkie niezbędne uprawnienia oraz zgody, zezwolenia odpowiednich organów, urzędów, wyniki badań, certyfikaty, oświadczenia, deklaracje (w tym wskazane w tabelach powyżej) itp. do realizacji przedmiotu umowy oraz że wykonanie niniejszego zamówienia przez Wykonawcę nie będzie naruszać jakichkolwiek praw osób trzecich. Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia Zamawiającemu dokumentów potwierdzających posiadanie przez przedmiot zamówienia zaoferowany od Wykonawcy niezbędnych wymagań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, na każde żądanie Zamawiającego, o czym mowa w projekcie umowy (zał. Nr 4 do SWZ), z uwzględnieniem wymagań zawartyych w powyższych tabelach.**