# *Znak sprawy: DZP/290/30/22*

Symbol akt szczegółowy: **1/ZP/S.M-II/22**

Załącznik nr 2a do SWZ

###### Sprzęt medyczny do oddziałów szpitalnych i fizykoterapii - opis wymagań produktów

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | Parametry graniczne | | Wartość wymagana przez zamawiającego | Oferowana wartość | |
| **Informacje o produktach oraz opis parametrów w poszczególnych Pakietach** | | | | | |
| **PAKIET 1** | | | | | |
| **OPTYKA Z KANIULĄ I OBTURATOREM** | | | | | |
| **1** | Oferent / Producent | | Podać |  | |
| **2** | Model / Typ | | Podać |  | |
| **3** | Kraj pochodzenia | | Podać |  | |
| **4** | Urządzenie nowe, rok produkcji 2022r | | Tak |  | |
|  | **Parametry wymagań:** | |  |  | |
| **1** | Optyka artroskopowa 4.0mm/30º szafirowa soczewka na dystalnym zakończeniu; łączenia laserowe zapewniające długą żywotność optyki, wyposażona w 3 adaptery umożliwiające podłączenie światłowodów różnych firm (Storz,Stryker, Wolf, ACMI), okular optyki oraz przyłącze do światłowodu zabezpieczone osłonkami z tworzywa sztucznego, w komplecie pasta polerska do czyszczenia czoła optyki, długość robocza optyki 140mm, kompatybilna z kaniulą artroskopową z ciągłym przepływem (oddzielnie tor napływu i odpływu) o średnicy 6,5mm oraz kaniulą artroskopową 5,8mm.  W celu zabezpieczenia przed uszkodzeniem optyki Zamawiający wymaga aby całość była zapakowana fabrycznie w opakowaniu kartonowym wyłożonym pianką z wyprofilowanymi miejscami na elementy składowe zestawu | | Tak |  | |
| **2** | Kaniula artroskopowa o średnicy 5,8mm, z dwoma obrotowymi zaworami, zatrzaskowe mocowanie optyki. | | Tak |  | |
| **3** | Obturator ołówkowy do kaniuli artroskopowej 5,8mm. | | Tak |  | |
| **Warunki gwarancyjne i inne** | | | | | |
| **1** | Gwarancja: minimum 24 miesiące | | Tak/podać |  | |
| **2** | Wykonawca jest zobowiązany w okresie udzielonej gwarancji dokonać nieodpłatne przeglądy gwarancyjne, w ilości zalecanej przez producenta, jednak nie mniejszej, niż jeden w każdym roku jej obowiązywania wraz z konserwacją na warunkach wynikających z zaleceń producenta. Ostatni przegląd gwarancyjny oraz konserwacja urządzenia w ostatnim miesiącu udzielonej gwarancji wykonany przez autoryzowany serwis Producenta. | | Tak |  | |
| **3** | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski.  W ramach zobowiązania gwarancyjnego i pogwarancyjnego Zamawiający wymaga od wykonawcy świadczenia autoryzowanego serwisu oferowanego wyrobu. | | Tak / opis |  | |
| **4** | Posiada certyfikat CE dla urządzeń medycznych | | TAK |  | |
| **5** | W ramach wartości umowy Wykonawca przeprowadzi szkolenie instruktażowe pracowników Zamawiającego (lekarze, pielęgniarki) w zakresie podstawowej obsługi sprzętu – dostarczona instrukcja obsługi w języku polskim. Szkolenie instruktażowe zostanie przeprowadzone po uruchomieniu i oddaniu do eksploatacji sprzętu. | | TAK |  | |
| **6** | **Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, montaż, instalacja, uruchomienie sprzętu w siedzibie Użytkownika, szkolenie) – do 8 tygodni od zawarcia umowy** | | Tak |  | |
| **7** | O każdym wypadku wadliwej pracy sprzętu Zamawiający zawiadomi Wykonawcę niezwłocznie za pośrednictwem maila lub bezpośrednio inżyniera serwisowego telefonicznie | | Tak, podać | Firma ………………….  Imię…………………… Nazwisko:…………..… tel:….. …………………  email:……………………….. …………………………… | |
| **8** | Dla zakupionego sprzętu (poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji) Wykonawca obowiązany jest założyć **Paszport Techniczny** | | Tak |  | |
| **9** | W przypadku wadliwego działania sprzętu po 3 naprawach gwarancyjnych tego samego elementu Wykonawca jest zobowiązany do wymiany tego elementu na fabrycznie nowy. | | Tak |  | |
| **10** | W przypadku wykonania naprawy - potwierdzeniem wykonania usługi będzie protokół z naprawy/karta pracy serwisu, podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu Technicznego określający status sprzętu: sprzęt sprawny / sprzęt sprawny warunkowo (podać warunek), sprzęt niesprawny. | | Tak |  | |
| **PAKIET 2** | | | | | |
| **NARZĘDZIA ARTROSKOPOWE** | | | | | |
| **1** | Oferent / Producent | | Podać |  | |
| **2** | Model / Typ | | Podać |  | |
| **3** | Kraj pochodzenia | | Podać |  | |
| **4** | Narzędzia nowe, rok produkcji 2022r | | Tak |  | |
|  | **PARAMETRY:** | |  |  | |
| **1** | Narzędzie artroskopowe do kolana typu odgryzacz prosty, wyposażony w 5 zębów, średnica 3.4mm, jednoczęściowe, autoklawowalne, z cięgnem prowadzonym na zewnątrz (nie w środku narzędzia), długość robocza 120mm, szerokość końcówki roboczej 5mm w ostatnich 7mm narzędzia, wysokość otwarcia szczęk 6mm, średnica zewnętrzna ruchomej części uchwytu 25mm | | Tak |  | |
| **2** | Narzędzie artroskopowe do kolana typu odgryzacz prosty, w ostatnich 30mm wygięty do góry, wyposażony w 5 zębów, średnica 2.7mm , jednoczęściowe, autoklawowalne, z cięgnem prowadzonym na zewnątrz (nie w środku narzędzia), długość robocza 120mm, szerokość końcówki roboczej 5mm w ostatnich 7mm narzędzia, wysokość otwarcia szczęk 6mm, średnica zewnętrzna ruchomej części uchwytu 25mm | | Tak |  | |
| **3** | Nożyczki artroskopowe, haczykowate, proste, średnica 3.4mm, jednoczęściowe, autoklawowalne, z cięgnem prowadzonym na zewnątrz (nie w środku narzędzia), długość robocza 120mm, długość ruchomej górnej końcówki roboczej 10mm, wysokość otwarcia narzędzia 8mm, średnica zewnętrzna ruchomej części uchwytu 25mm | | Tak |  | |
| **4** | Narzędzia artroskopowe do kolana typu chwytak do tkanek miękkich, średnica 3.4mm, jednoczęściowe, autoklawowalne, z cięgnem prowadzonym na zewnątrz (nie w środku narzędzia), długość robocza 125mm, długość ruchomej końcówki roboczej 14mm i szerokości 3mm ,wyposażona w 9 zębów w części nieruchomej, średnica zewnętrzna ruchomej części uchwytu 25mm, wysokość otwarcia szczęk 11mm, narzędzie z mechanizmem blokującym szczęki | | Tak |  | |
| **5** | Narzędzie artroskopowe typu haczyk artroskopowy 5mm, długość narzędzia 235mm, wyposażony w chropowatą rączkę o długości 80mm, średnica końcówki roboczej 1mm | | Tak |  | |
| **Gwarancja i inne** | | | | | |
| **1** | Gwarancja: minimum 24 miesiące | | Tak/podać |  | |
| **2** | **Termin zrealizowania dostawy przedmiotu zamówienia – do 8 tygodni od zawarcia umowy** | | Tak |  | |
| **PAKIET 3** | | | | | |
| **APARAT DO EKG** | | | | | |
| **1** | Oferent / Producent | | Podać |  | |
| **2** | Model / Typ | | Podać |  | |
| **3** | Kraj pochodzenia | | Podać |  | |
| **4** | Urządzenie nowe, rok produkcji 2022r | | Tak |  | |
|  | **PARAMETRY:** | |  |  | |
| **1** | Aparat EKG - prezentacja na wyświetlaczu 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG z analizą i interpretacją danych z badań zapisanych w pamięci | | TAK |  | |
| **2** | Tryb pracy automatyczny, ręczny | | TAK |  | |
| **3** | Aparat wyposażony w klawiaturę alfanumeryczną , funkcyjną, oraz panel dotykowy. | | TAK |  | |
| **4** | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG | | TAK |  | |
| **5** | Wydruk w trybie 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG, drukowanie wybranej grupy | | TAK |  | |
| **6** | Automatyczne wykrywanie załamków P, QRS, T, oraz pomiar amplitud wszystkich załamków | | TAK |  | |
| **7** | Pomiar interwałów R-R, P-Q, Q-T, oraz czasów trwania P i QRS . Pomiar poziomu nachylenia odcinka ST. Ciągły pomiar HR- prezentacja na wyświetlaczu. | | TAK |  | |
| **8** | Regulowana długość zapisu badania automatycznego- w przedziale od 6 do 30 sekund | | TAK |  | |
| **9** | Zapis wsteczny EKG (1-30 sek ) | | TAK |  | |
| **10** | Możliwość ustawienia parametrów przebiegu: prędkości, czułości i intensywności wydruku | | TAK |  | |
| **11** | Kolorowy wyświetlacz LCD min.7” umożliwiający jednoczesne wyświetlanie 12 krzywych EKG | | TAK |  | |
| **12** | Zapis automatyczny z funkcją zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie, a następnie w zależności od ustawień: wydrukowanie badania, analizy, interpretacji lub zapisanie badania do baz | | TAK |  | |
| **13** | Pamięć wewnętrzna do przechowywania min. 1000 zapisów EKG z możliwością archiwizacji na zewnętrznym nośniku | | TAK |  | |
| **14** | Możliwe rodzaje badań: ręczne, AUTO, SPIRO, automatyczne do schowka, AUTOMANUAL, LONG | | TAK |  | |
| **15** | Wykrywanie implantowanego kardiostymulatora serca | | TAK |  | |
| **16** | Wydruk na drukarce aparatu lub zewnętrznej drukarce PCL5/PCL6 | | TAK |  | |
| **17** | Sygnalizacja odłączonych odprowadzeń niezależna dla każdego kanału | | TAK |  | |
| **18** | Wydruk na papierze o szerokości min. 112 mm | | TAK |  | |
| **19** | Prędkość zapisu: minimum 5 ; 10; 25; 50 mm/s | | TAK |  | |
| **20** | Czułość wydruku: minimum 2,5; 5; 10; 20 mm/mV | | TAK |  | |
| **21** | Zasilanie z sieci elektroenergetycznej 230V 50 Hz i z wbudowanego w aparat bezobsługowego akumulatora | | TAK |  | |
| **22** | przewodowa komunikacja z siecią LAN lub Internet | | TAK |  | |
| **23** | Trzy porty USB | | TAK |  | |
| **24** | Współpraca z oprogramowaniem Cardioteka | | TAK |  | |
| **25** | Częstotliwość próbkowania : 8000 Hz na kanał | | TAK |  | |
| **26** | Wózek medyczny do transportu aparatu posiadający certyfikat CE | | TAK |  | |
| **Warunki gwarancyjne i inne** | | | | | |
| **1** | Gwarancja: minimum 24 miesiące | | Tak/podać |  | |
| **2** | Wykonawca jest zobowiązany w okresie udzielonej gwarancji dokonać nieodpłatne przeglądy gwarancyjne, w ilości zalecanej przez producenta, jednak nie mniejszej, niż jeden w każdym roku jej obowiązywania wraz z konserwacją na warunkach wynikających z zaleceń producenta. Ostatni przegląd gwarancyjny oraz konserwacja urządzenia w ostatnim miesiącu udzielonej gwarancji wykonany przez autoryzowany serwis Producenta. | | Tak |  | |
| **3** | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski.  W ramach zobowiązania gwarancyjnego i pogwarancyjnego Zamawiający wymaga od wykonawcy świadczenia autoryzowanego serwisu oferowanego wyrobu. | | Tak / opis |  | |
| **4** | Certyfikaty CE: da aparatu EKG oraz wózka medycznego | | TAK |  | |
| **5** | W ramach wartości umowy Wykonawca przeprowadzi szkolenie instruktażowe pracowników Zamawiającego (lekarze, pielęgniarki) w zakresie podstawowej obsługi sprzętu. Szkolenie instruktażowe zostanie przeprowadzone po uruchomieniu i oddaniu do eksploatacji sprzętu. | | TAK |  | |
| **6** | **Termin zrealizowania przedmiotu zamówienia (dostawa, montaż, instalacja, uruchomienie sprzętu w siedzibie Użytkownika, szkolenie) – do 8 tygodni od zawarcia umowy** | | Tak |  | |
| **7** | O każdym wypadku wadliwej pracy sprzętu Zamawiający zawiadomi Wykonawcę niezwłocznie za pośrednictwem maila lub bezpośrednio inżyniera serwisowego telefonicznie | | Tak, podać | Firma ………………….  Imię…………………… Nazwisko:…………..… tel:….. …………………  email:……………………….. …………………………… | |
| **8** | Dla zakupionego sprzętu (poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji) Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport Techniczny | | Tak |  | |
| **9** | W przypadku wadliwego działania sprzętu po 3 naprawach gwarancyjnych tego samego elementu Wykonawca jest zobowiązany do wymiany tego elementu na fabrycznie nowy. | | Tak |  | |
| **10** | W przypadku wykonania naprawy - potwierdzeniem wykonania usługi będzie protokół z naprawy/karta pracy serwisu, podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu Technicznego określający status sprzętu: sprzęt sprawny / sprzęt sprawny warunkowo (podać warunek), sprzęt niesprawny. | | Tak |  | |
| **PAKIET 4** | | | | | |
| **APARAT DO KRIOTERAPII** | | | | | |
| **1** | Oferent / Producent | | Podać |  | |
| **2** | Model / Typ | | Podać |  | |
| **3** | Kraj pochodzenia | | Podać |  | |
| **4** | Urządzenie nowe, rok produkcji 2022r | | Tak |  | |
|  | **PARAMETRY I OPIS URZĄDZENIA:** | |  |  | |
| **1** | Urządzenie umieszczone jest na ramie jezdnej, która umożliwia jego łatwe przemieszczanie. | | TAK |  | |
| **2** | Posiada elastyczną izolowaną cieplnie linię przesyłową ciekłego azotu, która umożliwia w wygodny i bezpieczny sposób aplikowanie chłodu na dowolny fragment ciała pacjenta | | TAK |  | |
| **3** | Posiada czterostopniową regulację intensywności nadmuchu dzięki czemu aplikujemy właściwą dawkę chłodu w zależności od masy chłodzonego miejsca. | | TAK |  | |
| **4** | Oprócz czterech stopni podstawowych zaimplementowany jest nadmuch do kriopunktury, oraz dwa rodzaje nadmuchu pulsacyjnego. | | TAK |  | |
| **5** | Urządzenie wyposażone jest w stały pomiar ilości azotu w zbiorniku. | | TAK |  | |
| **6** | Czynnik chłodniczy: ciekły azot (LN2) | | TAK |  | |
| **7** | Temperatura strumienia gazu: -160oC (przy wylocie dyszy) | | TAK |  | |
| **8** | Liczba stopni regulacji intensywności nadmuchu: 4 + kriopunktura + 2 pulsacyjne | | TAK |  | |
| **9** | Zużycie ciekłego azotu: 0,08 do 0,15 kg/min (praca ciągła) w zależności od ustawionej intensywności nadmuchu | | TAK |  | |
| **10** | Liczba zabiegów z jednego napełnienia zbiornika YDS 30: Do 50 (dla średniego czasu zabiegu = 3 min) | | TAK |  | |
| **11** | Zasilanie: 230 V +/- 10 % | | TAK |  | |
| **12** | Częstotliwość: 50Hz | | TAK |  | |
| **13** | Klasa ochronności: I | | TAK |  | |
| **14** | Bezpiecznik: 3,15 WTA | | TAK |  | |
| **15** | Wymiary urządzenia, tj. szerokość / długość / wysokość: 470 / 600 / 1200 mm | | TAK |  | |
| **Warunki gwarancyjne i inne** | | | | | |
| Gwarancja: minimum 24 miesiące | | Tak/podać | | |  |
| **W ramach wartości umowy Wykonawca zrealizuje dostawę do siedziby Zamawiającego w terminie do 8 tygodni od zawarcia umowy** | | TAK | | |  |
| Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | | Tak (opis) | | |  |
| Dla zakupionego sprzętu (poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji) Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport Techniczny | | Tak | | |  |
| W przypadku wykonania naprawy - potwierdzeniem wykonania usługi będzie protokół z naprawy/karta pracy serwisu, podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Zamawiającego oraz wpis do Paszportu Technicznego określający status sprzętu: sprzęt sprawny / sprzęt sprawny warunkowo (podać warunek), sprzęt niesprawny. | | Tak | | |  |
| O każdym wypadku wadliwej pracy sprzętu Zamawiający zawiadomi Wykonawcę niezwłocznie za pośrednictwem maila lub bezpośrednio inżyniera serwisowego telefonicznie | | Tak, podać | | | Firma ………………….  Imię…………………… Nazwisko:…………..… tel:….. …………………  email:……………………….. …………………………… |
| **UWAGA:** | |  | | |  |
| Ponieważ Zamawiający oczekuje dostawy aparatu **bez** zbiorników należy go dostosować do pracy ze zbiornikami YDS 30. | | TAK | | |  |