Załącznik nr 1a do SWZ

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**Zakup i dostawa sprzętu i wyposażenia medycznego na potrzeby działań diagnostycznych, świadczeń profilaktycznych, wzmocnienia opieki domowej nad pacjentami oraz opieki fizjoterapeutycznej w podziale na 7 zadań**

1. Zadanie obejmuje dostawę, transport, wniesienie, montaż (instalację) wskazanych
w formularzu urządzeń do siedziby Zamawiającego, do wskazanych pomieszczeń. Dla wybranych sprzętów przewidziane jest szkolenie personelu (wskazane w tabelach specyfikacji).
2. Sprzęt musi być fabrycznie nowy, nieużywany, oraz powinien posiadać dokumenty wymagane obowiązującymi przepisami prawa.
3. Wykonawca oświadcza, że spełnia określone odrębnymi przepisami warunki niezbędne do wykonania umowy, ma wystarczające doświadczenie
i kwalifikacje do realizacji umowy oraz zobowiązuje się wykonać należycie przedmiot niniejszej umowy.
4. Wykonawca oświadcza, że towar wskazany we wszystkich pozycjach asortymentowych wymienionych w formularzu asortymentowo-cenowym, posiada właściwe dokumenty dopuszczające do obrotu, zgodnie z wymaganiami aktualnego stanu prawnego oraz, że w okresie obowiązywania umowy będzie na bieżąco monitorował stan prawny dopuszczenia do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej
5. Wykonawca oświadcza, że oferowany sprzęt jest zgodny z właściwymi normami
i przepisami prawa, w tym w szczególności w zakresie dopuszczenia do obrotu
i użytkowania, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 (Dz. U. 2022 poz. 974)
o wyrobach medycznych - w celu wykazania tego, Wykonawca przedstawi, na żądanie Zamawiającego, stosowne dokumenty, w terminie 5 dni od zgłoszenia żądania.
6. Do każdej partii dostarczanego towaru powinny być dołączane niezbędne informacje - etykiety i instrukcje używania w języku polskim.
7. Wykonawca może złożyć ofertę tylko na pełny zakres danego zadania (oferta musi obejmować wszystkie sprzęty wskazane w każdym zadaniu).
8. Wykonawca uzupełnia załącznik tylko w zakresie zadania na które składa ofertę. Pozostały zakres – usuwa/wykreśla, etc., w sposób, który nie będzie budził wątpliwości co do zakresu na który Wykonawca składa ofertę.

**Zadanie nr 1 – Różny sprzęt medyczny (str. 2-9)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | Nazwa sprzętu | Jm / szt. | Cena jednostkowa netto | Stawkapodatku VAT  | Wartość brutto(cena netto + wartość podatku VAT) x liczba sztuk |
| 1 | E-stetoskop | 1  |  | (8%) |  |
| 2 | Aparat EKG | 2 |  | (8%) |  |
| 3 | Spirometr | 1 |  | (8%) |  |
| 4 | Otoskop | 3 |  | (8%) |  |
| 5 | Waga z analizatorem masy ciała  | 1 |  | (8%) |  |
| SUMA: | \*\* |  |  |

\*\* należy wpisać sumę wszystkich pozycji (od 1 do 5) netto uwzględniając wskazaną liczbę sztuk danego sprzętu

1. **E-stetoskop - 1 sztuka**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025 r.): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany/minimalny** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy\*** |
|  | Aktywna redukcja szumów | TAK |  |
|  | Transmisja danych do urządzenia mobilnego poprzez Bluetooth | TAK |  |
|  | Wizualizacja fal dźwiękowych za pomocą aplikacji | TAK |  |
|  | Zapisywanie i dodawanie adnotacji do nagrań z możliwością udostępniania | TAK |  |
|  | Przełączanie w tryb analogowy przy rozładowaniu | TAK |  |
|  | Dwa rodzaje membran (dla dzieci i dorosłych) | TAK |  |
|  | Membrana do osłuchiwania wysokich i niskich częstotliwości | TAK |  |
|  | Regulacja głośności (min. 7 stopni) | TAK |  |
|  | Min. 40-krotne wzmocnienie dźwięku | TAK |  |
|  | Miękkie, samouszczelniające oliwki | TAK |  |
|  | Do auskultacji serca, płuc, jelit i naczyń krwionośnych | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

1. **Aparat EKG – 2 sztuki**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................ \***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025r): .............................................. \***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy\*** |
|  | Aparat ekg z automatyczną analizą i interpretacją zgodna z EN 60601-2-51 (baza CSE) - wyniki analizy i interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta | TAK |  |
|  | prezentacja na wyświetlaczu 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG, wyników analizy i interpretacji, badań zapisanych w pamięci | TAK |  |
|  | Częstotliwość próbkowania: 8000 Hz na kanał | TAK |  |
|  | rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG | TAK |  |
|  | wydruk w trybie 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG; drukowanie wybranej grupy:- 1 kanał - (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6)- 3 kanały w układzie standardowym - (I-II-III, aVR-aVL-aVF, V1-V2-V3, V4-V5-V6)- 3 kanały w układzie Cabrera (aVL-I-aVR, II-aVF-III, V1-V2-V3, V4-V5-V6)- 6 kanałów w układzie standardowym - (I-II-III-aVR-aVL-aVF, V1-V2-V3-V4-V5-V6)- 6 kanałów w układzie Cabrera (aVL-I-aVR-II-aVF-III, V1-V2-V3-V4-V5-V6)- 12 kanałów w układzie standardowym - (I-II-III-aVR-aVL-aVF-V1-V2-V3-V4-V5-V6)- 12 kanałów w układzie Cabrera (aVL-I-aVR-II-aVF-III-V1-V2-V3-V4-V5-V6) | TAK |  |
|  | możliwe rodzaje badań: ręczne, AUTO, SPIRO, automatyczne do schowka, AUTOMANUAL, LONG | TAK |  |
|  | 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 bazy | TAK |  |
|  | regulowana długość zapisu badania automatycznego – w przedziale od 6 do 30 sekund | TAK |  |
|  | zapis wsteczny przy badaniu automatycznym do schowka i przy badaniu ręcznym | TAK |  |
|  | wydruk rytmu przy badaniu AUTO i badaniu automatycznym do schowka | TAK |  |
|  | definiowalne etapy badania według ustalonych parametrów przy badaniu AUTOMANUAL | TAK |  |
|  | zapis badania do pamięci od 1 minuty do 15 minut w trybie LONG | TAK |  |
|  | wydruk na drukarce aparatu lub zewnętrznej drukarce PCL5/PCL6 | TAK |  |
|  | wydruk z bazy pacjentów; możliwość wydruku dodatkowych informacji o badaniu i pacjencie | TAK |  |
|  | klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi | TAK |  |
|  | możliwość ustawienia parametrów przebiegów: prędkości, czułości i intensywności wydruku | TAK |  |
|  | łatwa obsługa dzięki menu obsługiwanemu za pomocą panelu dotykowego | TAK |  |
|  | baza pacjentów i badań; pamięć do 1000 pacjentów lub 1000 badań | TAK |  |
|  | przeglądanie na wyświetlaczu zapisanych w pamięci badań, z możliwością zmiany ilości odprowadzeń, wzmocnienia i prędkości | TAK |  |
|  | wykonanie do 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej | TAK |  |
|  | ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu | TAK |  |
|  | praca na otwartym sercu - aparat przystosowany do bezpośredniej pracy na otwartym sercu | TAK |  |
|  | możliwość włączania i wyłączania filtrów:- filtr zakłóceń sieciowych; do wyboru filtry: 50 Hz, 60 Hz- filtr zakłóceń mięśniowych; do wyboru filtry: 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz- filtr izolinii; do wyboru filtry: 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz | TAK |  |
|  | detekcja INOP odpięcia elektrody niezależna dla każdego kanału | TAK |  |
|  | wykrywanie i prezentacja impulsów stymulujących | TAK |  |
|  | dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń stymulatora serca | TAK |  |
|  | zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym | TAK |  |
|  | eksport badań do pamięci USB, na skrzynkę e-mail lub na inny aparat  | TAK |  |
|  | bezprzewodowa komunikacja z siecią LAN lub Internet (Wi-Fi) | TAK |  |
|  | przewodowa komunikacja z siecią LAN lub Internet | TAK |  |
|  | możliwość przyjmowania zleceń na wykonanie badania i odsyłania wyników w standardzie HL7 poprzez sieć Internet | TAK |  |
|  | Współpraca z oprogramowaniem służącym do zarządzania badaniami EKG – właściwym dla oferowanego urządzenia | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania badania spirometrycznego przy zastosowaniu przystawki SPIRO-31 | TAK |  |
|  | Wymiary (D x S x W): 258x199x50 mm | TAK |  |
|  | wykonywanie spirometrycznego badania przesiewowego przy użyciu przystawki SPIRO-31 | TAK |  |
|  | Kabel EKG kompatybilny z urządzeniem  |  |  |
|  | Elektrody przyssawkowe kompatybilne z urządzeniem  | TAK |  |
|  | Elektrody kończynowe klipsowe kompatybilne z urządzeniem  | TAK |  |
|  | Żel EKG 250g kompatybilny z urządzeniem  | TAK |  |
|  | Papier EKG kompatybilny z urządzeniem  | TAK |  |
|  | Kabel zasilający kompatybilny z urządzeniem  | TAK |  |
|  | wgrane oprogramowanie  | TAK |  |
|  | Paszport techniczny  | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

1. **Spirometr – 1 sztuka**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025 r.): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | Kolorowy wyświetlacz graficzny LCD TFT z panelem dotykowym i podświetlaniem LED | TAK |  |
|  | Pełna klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna | TAK |  |
|  | Wbudowana liniowa drukarka terminczna 112 mm z systemem ładowania papieru EASY - LOAD. | TAK |  |
|  | Wbudowany akumulator LI-ION | TAK |  |
|  | Łatwa w obsłudze baza pacjentów z pamięcią 1000 badań | TAK |  |
|  | Możliwość przeglądu badań z bazy na ekranie aparatu (tabela i wykresy). | TAK |  |
|  | Badania i mierzone parametry: pojemności życiowej: VC, IC, ERV, TV, MV, FR; natężonej pojemności życiowej wdechowej i wydechowej: FVC, FEV1, FEV6, FEV1%VC, PEF, MEF25, MEF50, MEF75, MMEF, PIF, FET, tPEF, VExt, FIVC, FIVC1, MIF50; maksymalnej wentylacji dowolnej: MVV, BF | TAK |  |
|  | Badania porównawcze PRE/POST po podaniu lekarstw | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania badań połączonych VC + FVC | TAK |  |
|  | Prezentacja krzywych na ekranie on - line (w czasie rzeczywistym). | TAK |  |
|  | Wbudowany czujnik: temperatury, ciśnienia, wilgotności do korekcji BTPS. | TAK |  |
|  | Automatyczna korekcja BTPS | TAK |  |
|  | Automatyczny wybór najlepszej krzywej z możliwością zmian ręcznych | TAK |  |
|  | Automatyczna ocena powtarzalności badania wg skali A - E dla FVC i FEV1 | TAK |  |
|  | Graficzna sygnalizacja czasu natężonego wydechu | TAK |  |
|  | Akustyczna i graficzna sygnalizacja uzyskania wypłaszczenia krzywej | TAK |  |
|  | Wartości wzorcowe (normatywne) wg ECCS/ERS. | TAK |  |
|  | Obliczanie wartości liczby odchyleń standardowych (SR) i percentyli | TAK |  |
|  | Natychmiastowa gotowość do pracy po wymianie głowicy | TAK |  |
|  | Paszport techniczny  | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu |  |  |
|  | Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem. *Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako* *niezgodnej z treścią OPZ.*\*Uzupełnia Wykonawca |
|  |  |

1. **Otoskop - 3 sztuki**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025r): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | optymalne i równomierne oświetlenie zapewnione przez światłowód  | TAK |  |
|  | oświetlenie 2,5 V LED,  | TAK |  |
|  | obrotowa szklana lupka z 3-krotnym powiększeniem, w zestawie dołączona lupka zabiegowa z 4-krotnym powiększeniem | TAK |  |
|  | wyrzutnik wzierników w zestawie  | TAK |  |
|  | rękojeść typu C - na baterie LR14, do zestawu dołączona jest tuba z zestawem wzierników w różnych rozmiarach | TAK |  |
|  | W zestawie futerał  | TAK |  |
|  | Zestaw jednorazowych wzierników 5 x 2mm | TAK |  |
|  | Zestaw jednorazowych wzierników 5 x 4 mm | TAK |  |
|  | Paszport techniczny | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach,

jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako*

 *niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

1. **Waga z analizatorem masy ciała – 1 sztuka**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025r): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | Obciążenie maksymalne: 300 kg | TAK |  |
|  | Dokładność odczytu: 100 g  | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD, min. 1 cal | TAK |  |
|  | Zasilanie: bateryjne lub sieciowe (zasilacz w zestawie) | TAK |  |
|  | Wymiary platformy: 340 mm x 450 mm x 90 mm | TAK |  |
|  | Platforma antypoślizgowa | TAK |  |
|  | Gumowane stopki umożliwiające regulację poziomu platformy  | TAK |  |
|  | Wbudowany port USB umożliwiający podpięcie drukarki termicznej TP 2100 Thermal lub przesłanie danych do komputera | TAK |  |
|  | Prosta procedura kalibracji na podstawie instrukcji obsługi | TAK |  |
|  | Funkcja HOLD do zamrożenia wartości pomiaru na wyświetlaczu | TAK |  |
|  | Funkcja automatycznego wyłączania | TAK |  |
|  | Analiza wody i tłuszczu w organizmie z uwzględnieniem płci, wieku, aktywności fizycznej, wagi i wzrostu | TAK |  |
|  | Paszport techniczny | TAK |  |
|  |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach,

jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako*

 *niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

**Zadanie nr 2 – Sprzęt medyczny przeznaczony dla dzieci (str. 10-14)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | Nazwa sprzętu | Jm / szt. | Cena jednostkowa netto | Stawkapodatku VAT  | Wartość brutto(cena netto + wartość podatku VAT) x liczba sztuk |
| 1 | Detektor tętna płodu | 1 |  | (8%) |  |
| 2 | Waga medyczna dla niemowląt  | 1  |  | (8%) |  |
| 3 | Pulsoksymetr dla dzieci | 1 |  | (8%) |  |
| 4 | Stół do badania niemowląt | 1 |  | (8%) |  |
| SUMA: | \*\* |  |  |

\*\* należy wpisać sumę wszystkich pozycji (od 1 do 4) netto uwzględniając wskazaną liczbę sztuk danego sprzętu

1. **Detektor tętna płodu – 1 sztuka**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025r): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | monitoring akcji serca płodu ciąży pojedynczej i bliźniaczej oraz skurczów macicy | TAK |  |
|  | automatyczne wykrywanie ruchu płodu | TAK |  |
|  | analiza zapisu KTG wg. Dawesa/Redmana | TAK |  |
|  | wysoka czułość badania | TAK |  |
|  | niskie promieniowanie głowicy ultradźwiękowej | TAK |  |
|  | prezentacja pomiarów na kolorowym ekranie dotykowym LCD 7" | TAK |  |
|  | wydruk na papierze A4/B5 lub na standardowym papierze do faksu | TAK |  |
|  | zapis badania w pamięci aparatu (do 72 godzin) oraz Pendrive | TAK |  |
|  | możliwość pracy w centralnym systemie nadzoru | TAK |  |
|  | bateria Li-ion umożliwiająca pracę do 2 godzin bez zasilania zewnętrznego | TAK |  |
|  | Aparat KTG w zestawie | TAK |  |
|  | Sonda TOCO zestawie | TAK |  |
|  | Sonda FHR zestawie | TAK |  |
|  | Zasilacz z zestawie | TAK |  |
|  | Papier do KTG | TAK |  |
|  | Przeszkolenie pracowników  | TAK |  |
|  | Paszport techniczny | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach,

jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako*

 *niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

1. **Waga medyczna dla niemowląt 1 sztuka**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025r): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | Obciążenie maksymalne [Max] 10 / 20 kg | TAK |  |
|  | Dokładność odczytu [d] 5 / 10 g | TAK |  |
|  | Zakres tary -20 kg | TAK |  |
|  | Klasa dokładności OIML III | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD (bez podświetlenia lub z podświetleniem) | TAK |  |
|  | Wymiary opakowania 560-600×325-520×145-180 mm | TAK |  |
|  | Masa netto 3,5- 4,5 kg | TAK |  |
|  | Interfejs komunikacyjny | TAK |  |
|  | Zasilanie 100 – 240 V AC 50 | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach,

jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako*

 *niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

1. **Pulsoksymetr dla dzieci 1 sztuka**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025r): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | Zakres pomiaru SpO2 0-100% [zakres regulacji granic alarmowych SpO2 0-100%] | TAK |  |
|  | dokładność +/- 2% dla zakresu 70-100%, dla wartości <70% niezdefiniowane | TAK |  |
|  | rozdzielczość 1% | TAK |  |
|  | zakres pomiaru pulsu 30-250 uderzeń na minutę | TAK |  |
|  | dokładność +/- 2%. | TAK |  |
|  | rozdzielczość 1 ud/min | TAK |  |
|  | wymagania zasilania AC 100-240VAC, 47-63Hz | TAK |  |
|  | zużycie prądu 20VA | TAK |  |
|  | baterie profesjonalne lub akumulatory 1,5V  typ AA/LR6 | TAK |  |
|  | czas pracy do 20godzin | TAK |  |
|  | rozmiary 75x135x28mm | TAK |  |
|  | waga 258gram | TAK |  |
|  | temperatura pracy: 0-45C; przechowywania: -40+55C | TAK |  |
|  | wilgotność pracy: 30-95%; przechowywania: 10-95%; transportu: 0-95%. | TAK |  |
|  | ochrona przed płynami IPX1. | TAK |  |
|  | dodatkowy czujnik klips na palec dla dorosłych | TAK |  |
|  | Paszport techniczny | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach,

jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako*

 *niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

1. **Stół do badania niemowląt 1 sztuka**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025r): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | Leżę wykonane z płyty meblowej, miękkiej pianki powleczonej materiałem | TAK |  |
|  | osłonięty plastikowymi osłonami z trzech stron | TAK |  |
|  | Wysokość do leża: 790mm  | TAK |  |
|  | Wysokość całkowita: 990mm | TAK |  |
|  | Głębokość: 750mm | TAK |  |
|  | Szerokość: 960mm  | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie: 75-100 kg | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach,

jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako*

 *niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

**Zadanie nr 3 – Różny sprzęt medyczny – bilirubinometr
(str. 15-16)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | Nazwa sprzętu | Jm / szt. | Cena jednostkowa netto | Stawkapodatku VAT | Wartość brutto(cena netto + wartość podatku VAT)  |
| 1 | Bilirubinometr | 1  |  | 8% |  |

1. **Bilirubinometr 1 sztuka**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025r): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | Zasilanie poprzez 2 wbudowane akumulatory Ni-MH 2,4V | TAK |  |
|  | Zasilanie ładowarki: 100V - 240V 50/60Hz, 11-18VA | TAK |  |
|  | Metoda pomiaru: Określa zażółcenie tkanki podskórnej za pomocą dwóch ścieżek optycznych do pomiaru różnicy gęstości optycznej przy dwóch długościach fali, | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru: 0,0 mg/dl do 20 mg/dl lub 0 μmol/l, do 340 μmol/l, | TAK |  |
|  | Źródło światła: Pulsacyjna lampa ksenonowa łukowa | TAK |  |
|  | Żywotność źródła światła: 150000 pomiarów | TAK |  |
|  | Detektory: Fotodiody krzemowe | TAK |  |
|  | Zakres temperatury pracy: 10°C do 40°C | TAK |  |
|  | Minimalna liczba pomiarów po pełnym naładowaniu: 400 pojedynczych pomiarów | TAK |  |
|  | Ładowarka w zestawie | TAK |  |
|  | Zasilacz sieciowy w zestawie | TAK |  |
|  | Przewód zasilający w zestawie | TAK |  |
|  | Paszport techniczny | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach,

jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako*

 *niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

**Zadanie nr 4 – Kozetki lekarskie (str. 17 – 19)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | Nazwa sprzętu | Jm / szt. | Cena jednostkowa netto | Stawkapodatku VAT | Wartość brutto(cena netto + wartość podatku VAT) x liczba sztuk |
| 1 | Kozetka lekarska | 4 |  | 8% |  |
| 2 | Kozetka lekarska elektryczna | 2 |  | 8% |  |
| SUMA: | \*\* |  |  |

\*\* należy wpisać sumę wszystkich pozycji (od 1 do 2) netto uwzględniając wskazaną liczbę sztuk danego sprzętu

1. **Kozetka lekarska 4 sztuki**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025r): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | Kąt regulacji zagłówka [°]:0/+50 | TAK |  |
|  | Wymiary (dł. x szer.) [cm]: 193 x 64 | TAK |  |
|  | Wysokość całkowita [cm]: standard 64 | TAK |  |
|  | Maks. szerokość papieru [cm]: 60 | TAK |  |
|  | Masa [kg]: 31 | TAK |  |
|  | Uchwyt na papier | TAK |  |
|  | dwuwarstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów | TAK |  |
|  | kolor tapicerki do wyboru | TAK |  |
|  | śruby mocujące leżysko wkręcane w metalowe wzmocnienia znajdujące się w desce tapicerki | TAK |  |
|  | malowana proszkowo, bardzo stabilna rama wykonana ze stalowych profili 4-kątnych, | TAK |  |
|  | stopki z regulacją wysokości umożliwiające wypoziomowanie | TAK |  |
|  | możliwość złożenia nóżek podczas transportu po wykręceniu poprzeczek | TAK |  |
|  | Paszport techniczny | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach,

jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako*

 *niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

1. **Kozetka lekarska elektryczna 2 sztuki**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025r): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | kozetka zabiegowa z elektryczną regulacją wysokości | TAK |  |
|  | Niewymagający konserwacji system stelaży | TAK |  |
|  | Nachylenie podgłówka regulowane ręcznie od +40° do -70-90° | TAK |  |
|  | Tapicerka o grubości min. 50 mm | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie: 135-180 kg | TAK |  |
|  | Antybakteryjne pokrycie ze skóry syntetycznej | TAK |  |
|  | 4 lekko pracujące rolki | TAK |  |
|  | Wymiary powierzchni leżącej: min. 200 x 68 cm | TAK |  |
|  | Uchwyt na papier | TAK |  |
|  | Kolor tapicerki do wyboru | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości: min. 44 – 95 cm  | TAK |  |
|  | Paszport techniczny | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach,

jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako*

 *niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

**Zadanie nr 5 – Wózek inwalidzki (str. 20)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | Nazwa sprzętu | Jm / szt. | Cena jednostkowa netto | Stawkapodatku VAT | Wartość brutto(cena netto + wartość podatku VAT)  |
| 1 | Wózek inwalidzki dla osoby dorosłej | 1 |  | 8% |  |

1. **Wózek inwalidzki dla osoby dorosłej 53 cm 1 sztuka**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025r): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | wytrzymałość wózka 130 kg | TAK |  |
|  | 4 wysokości siedziska od podłoża,   | TAK |  |
|  | 4 głębokości siedziska, | TAK |  |
|  | 3 wysokości podparcia pod łokieć, | TAK |  |
|  | 3 głębokości podparcia pod łokieć  | TAK |  |
|  | 5 poziomów nachylenia siedziska | TAK |  |
|  | Paszport techniczny | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach,

jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako*

 *niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

**Zadanie nr 6 – Lampy medyczne (str. 21-23)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | Nazwa sprzętu | Jm / szt. | Cena jednostkowa netto | Stawkapodatku VAT | Wartość brutto(cena netto + wartość podatku VAT) x liczba sztuk |
| 1 | Lampa UV bakterio- i wirusobójcza | 9 |  | 23% |  |
| 2 | Lampa diagnostyczna bezcieniowa | 6 |  | 8% |  |
| SUMA: | \*\* |  |  |

\*\* należy wpisać sumę wszystkich pozycji (od 1 do 2) netto uwzględniając wskazaną liczbę sztuk danego sprzętu

1. **Lampa UV bakterio- i wirusobójcza 9 sztuk**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025r): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | napięcie zasilania: 230 V 50 Hz  | TAK |  |
|  | pobór mocy: 115 VA | TAK |  |
|  | element emitujący promieniowanie UV-C: 2x55W  | TAK |  |
|  | trwałość promiennika : 8000 h  | TAK |  |
|  | wydajność wentylatora: 199 m3 / h  | TAK |  |
|  | dezynfekowana kubatura: 45-90 m3 | TAK |  |
|  | zasięg działania lampy: 18-36 m2  | TAK |  |
|  | klasa zabezpieczenia ppor.: I  | TAK |  |
|  | typ obudowy : IP 20  | TAK |  |
|  | wymiary kopuły: 1125 x 215 x 130 mm  | TAK |  |
|  | wymiary: 600 x 1320 x 600 mm | TAK |  |
|  | waga 13,5 kg | TAK |  |
|  | kabel z wtyczką | TAK |  |
|  | Indukcyjny licznik czasu promienników | TAK |  |
|  | Lampa przejezdna/mobilna | TAK |  |
|  | Paszport techniczny | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach,

jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako*

 *niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

1. **Lampa diagnostyczna bezcieniowa 6 sztuk**

**Pełna nazwa urządzenia: ................................................................\***

**Typ aparatu fabrycznie nowy (2025r): ..............................................\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | napięcie zasilania: 24V DC | TAK |  |
|  | Natężenie oświetlenia w odległości 1m (Ec): 30 000 lux | TAK |  |
|  | Regulowane natężenie oświetlenia: 15÷ 100% | TAK |  |
|  | Wskaźnik oddawania barw Ra: 96 | TAK |  |
|  | Temperatura barwowa: 4400 K-5000 K | TAK |  |
|  | Średnica pola roboczego d10: min. 230 mm | TAK |  |
|  | Średnica pola roboczego d50: 115-150 mm | TAK |  |
|  | Regulowana średnica pola roboczego: Nie | TAK |  |
|  | Przyrost temperatury w okolicy głowy chirurga: <1oC | TAK |  |
|  | Wgłębność oświetleniaL1+ L2(20%): 202 cm L1+ L2(60%):  min. 130 cm | TAK |  |
|  | Pobór mocy przez oprawę: 7W-15 W | TAK |  |
|  | Klasa izolacji: I | TAK |  |
|  | Liczba źródeł światła 8 LED | TAK |  |
|  | Całkowite natężenie napromienienia dla 30 000 lux 81W/m2 | TAK |  |
|  | Stopień ochrony obudowy: IP 20 | TAK |  |
|  | Lampa statywowa | TAK |  |
|  | Paszport techniczny | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach,

jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

*Nie spełnienie chociażby jednego parametru granicznego skutkować będzie odrzuceniem oferty jako*

 *niezgodnej z treścią OPZ.*

\*Uzupełnia Wykonawca

**Zadanie nr 7 – Meble medyczne (str. 24-25)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | Nazwa sprzętu | Jm / szt. | Cena jednostkowa netto | Stawkapodatku VAT | Wartość brutto(cena netto + wartość podatku VAT) x liczba sztuk |
| 1 | Szafka 400x550x850 mm z 4 szufladami  | 2  |  | 23% |  |
| 2 | Szafka 600x550x850 mm z drzwiami | 2 |  | 23% |  |
| 3 | Szafka 600x550x850 mm pod zlew, z drzwiami  | 1 |  | 23% |  |
| 4 | Szafka 400x550x850 mm z drzwiami | 1 |  | 23% |  |
| 5 | Blat 600x600 mm ze stali nierdzewnej 304 z jednym zlewem 400x400x250 mm | 1 |  | 23% |  |
| 6 | Blat 1800x600 mm wodoodporny i chemoodporny, z żywic fenolowych, o grubości 20 mm | 1 |  | 23% |  |
| 7 | Blat 2500x600 mm laminat postforming HPL o grubości 38 mm | 1 |  | 23% |  |
| 8 | Krzesło laboratoryjne wysokie | 3 |  | 23% |  |
| SUMA: | \*\* |  |  |

\*\* należy wpisać sumę wszystkich pozycji (od 1 do 8) netto uwzględniając wskazaną liczbę sztuk danego sprzętu

**Meble medyczne- zgodnie z poniższym zestawieniem**

**OPIS TECHNOLOGII WYKONANIA MEBLI LABORATORYJNYCH:**

* szafki wykonane z płyty obustronnie laminowanej melaminą, o grubości nie mniejszej niż 18 mm, z obrzeżem z twardego PVC o grubości min. 1 cm. Kolor jasny popiel;
* szuflady w systemie GAMET z cichym domykiem, dno szuflad z płyty laminowanej o grubości min. 16 mm;
* zawiasy szafek hydrauliczne nakładane, z powłoką galwaniczną, z funkcją cichego domyku;

Dostawa przedmiotu umowy obejmuje transport wyposażenia do placówki oraz rozładunek, wniesienie do wskazanych pomieszczeń, sprawdzenie oraz montaż. Koszty transportu, wniesienia, montażu oraz ubezpieczenia przedmiotu zamówienia na czas transportu obciążają Wykonawcę.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany TAK lub lepszy** |
|  | **Szafka 400x550x850 mm z 4 szufladami** wykonana z płyty laminowanej 18 mm, na nóżkach 100 mm 4 szuflady w systemie Gamet (cichy domyk) | TAK |  |
|  | **Szafka 600x550x850 mm z drzwiami** wykonana z płyty laminowanej 18 mm, na nóżkach 100 mm wewnątrz 1 półka | TAK |  |
|  | **Szafka 600x550x850 mm pod zlew, z drzwiami** wykonana z płyty laminowanej 18 mm, na nóżkach 100 mm | TAK |  |
|  | **Szafka 400x550x850 mm z drzwiami** wykonana z płyty laminowanej 18 mm, na nóżkach 100 mm wewnątrz 1 półka | TAK |  |
|  | **Blat 600x600 mm ze stali nierdzewnej 304 z jednym zlewem 400x400x250 mm**, z baterią z mieszaczem i syfonem | TAK |  |
|  | **Blat 1800x600 mm wodoodporny i chemoodporny, z żywic fenolowych, o grubości 20 mm** | TAK |  |
|  | **Blat 2500x600 mm laminat postforming HPL o grubości 38 mm** kolor jasny popiel  | TAK |  |
|  | **Krzesło laboratoryjne wysokie,** siedzisko i oparcie z poliuretanu, z podnóżkiem, na stopkach, z dodatkowym kompletem kółek | TAK |  |