

Niniejsze ogłoszenie w witrynie TED: <http://ted.europa.eu/udl?uri=TED:NOTICE:269433-2014:TEXT:PL:HTML>

**Polska-Oleśnica: Urządzenia medyczne
2014/S 150-269433**

Ogłoszenie o zamówieniu

Dostawy

Dyrektywa 2004/18/WE

Sekcja I: Instytucja zamawiająca

I.1) Nazwa, adresy i punkty kontaktowe

Powiatowy Zespół Szpitali

ul. Armii Krajowej 1

56-400 Oleśnica

POLSKA

Tel.: +48 717767300

E-mail: m.lacna@pzsolesnica.pl

Faks: +48 717767307

Adresy internetowe:

Ogólny adres instytucji zamawiającej: www.pzsolesnica.pl

Więcej informacji można uzyskać pod adresem: Powyższy(-e) punkt(-y) kontaktowy(-e)

Specyfikacje i dokumenty dodatkowe (w tym dokumenty dotyczące dialogu konkurencyjnego oraz dynamicznego systemu zakupów) można uzyskać pod adresem: Powyższy(-e) punkt(-y) kontaktowy(-e)

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać na adres: Powyższy(-e) punkt(-y) kontaktowy(-e)

I.2) Rodzaj instytucji zamawiającej

Inna: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

I.3) Główny przedmiot lub przedmioty działalności

Zdrowie

I.4) Udzielenie zamówienia w imieniu innych instytucji zamawiających

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających: nie

Sekcja II: Przedmiot zamówienia

II.1) Opis

II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa fabrycznie nowego sprzętu medycznego dla potrzeb nowopowstałego Oddziału OIOM w Powiatowym Zespole Szpitali w Oleśnicy, tj.: aparatu jezdnego RTG w ilości 1 szt., kardiomonitora modułowego w ilości 7 szt., respiratora dla dzieci i dorosłych w ilości 3 szt., łóżka szpitalnego wielofunkcyjnego z wagą w ilości 1 szt., Łóżka szpitalnego wielofunkcyjnego w ilości 6 szt., pomp infuzyjnych strzykawkowych w ilości 30 szt., pomp infuzyjnych objętościowych w ilości 5 szt., defibrylatora dwufazowego w ilości 1 szt., systemu ogrzewania pacjenta w ilości 1 szt., ssaków elektrycznych w ilości 2 szt., ssaków próżniowych w ilości 7 szt., resuscytatorów AMBU w ilości 7 szt., laryngoskopów klasycznych w ilości 2 szt., wózka do transportu chorych w ilości 1 szt., słuchawek lekarskich w ilości 7 szt., materaców przeciwdoleżynowych, ciśnieniowych z pneumatyczną pompą w ilości 7 szt., video-laryngoskopu z

wyświetlaczem w ilości 1 szt., przenośnego bronchofiberoskopu intubacyjnego w ilości 1 szt., szafek przyłóżkowych bez blatu bocznego w ilości 7 szt., wózka anestezyjologicznego w ilości 1 szt., monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt., monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą termodylucji przezpłucnej analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt.

II.1.2) Rodzaj zamówienia oraz lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług

Dostawy

Główne miejsce lub lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług:

Powiatowy Zespół Szpitali

ul. Armii Krajowej 1

56-400 Oleśnica

Kod NUTS PL518

II.1.3) Informacje na temat zamówienia publicznego, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów (DSZ)

Ogłoszenie dotyczy zamówienia publicznego

II.1.4) Informacje na temat umowy ramowej

II.1.5) Krótki opis zamówienia lub zakupu

Przedmiotem zamówienia jest dostawa fabrycznie nowego sprzętu medycznego dla potrzeb nowopowstającego Oddziału OIOM w Powiatowym Zespole Szpitali w Oleśnicy, tj.:

aparatu jezdnego RTG w ilości 1 szt., kardiomonitora modułowego w ilości 7 szt., respiratora dla dzieci i dorosłych w ilości 3 szt., łóżka szpitalnego wielofunkcyjnego z wagą w ilości 1 szt., Łóżka szpitalnego wielofunkcyjnego w ilości 6 szt., pomp infuzyjnych strzykawkowych w ilości 30 szt., pomp infuzyjnych objętościowych w ilości 5 szt., defibrylatora dwufazowego w ilości 1 szt., systemu ogrzewania pacjenta w ilości 1 szt., ssaków elektrycznych w ilości 2 szt., ssaków próżniowych w ilości 7 szt., resuscytatorów AMBU w ilości 7 szt., laryngoskopów klasycznych w ilości 2 szt., wózka do transportu chorych w ilości 1 szt., słuchawek lekarskich w ilości 7 szt., materaców przeciwoleżynowych, ciśnieniowych z pneumatyczną pompą w ilości 7 szt., video-laryngoskopu z wyświetlaczem w ilości 1 szt., przenośnego bronchofiberoskopu intubacyjnego w ilości 1 szt., szafek przyłóżkowych bez blatu bocznego w ilości 7 szt., wózka anestezyjologicznego w ilości 1 szt., monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt., monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą termodylucji przezpłucnej analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawiera załącznik nr 1 do SIWZ.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Aparatu jezdnego rtg w ilości 1 szt.

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

1 Nazwa, typ, model aparatu RTG Podać

2 Producent Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji Podać

5 Certyfikat CE TAK

Generator TAK

6 Typ generatora HF TAK

7 Częstotliwość generatora 100 kHz TAK

8 Zasilanie 1x230V, 50Hz z gniazda sieciowego ściennego 16A TAK

9 Moc generatora powyżej 32 kW TAK podać

- 10 Zakres napięcia: 40-125kV TAK podać
11 Nastawa mAs w zakresie: min. 0,2 - 220 mAs TAK
12 Minimalny czas ekspozycji ≤ 2 ms TAK
13 Maksymalna nastawa mA: min 420 mA TAK
14 Pulpit generatora typu „ Touch screen” TAK
15 Wybór technik :2, 3 punktowa TAK podać
16 Dwustopniowy włącznik ekspozycji TAK
17 Wyświetlanie informacji o błędach TAK
18 Oprogramowanie aparatu w języku polskim TAK
19 Programy anatomiczne programowalne w pamięci aparatu TAK
- B Lampa rentgenowska
- 20 Wymiary ogniska małego min 0,5 mm
— duże 1,3 mm TAK podać
- 21 Wymiary ogniska dużego min 1,3 mm TAK podać
22 Szybkość wirowania anody 3000 obr./min TAK podać
23 Pojemność cieplna anody 110 kHU TAK podać
24 Szybkość chłodzenia anody 24 kHU/min TAK podać
25 Kolimator obrotowy min. +/- 900 TAK podać
26 Zabezpieczenie lampy przed przegrzaniem TAK podać
- 27 C Informacje ogólne o aparacie RTG
28 Waga aparatu ≤ 180 kg TAK podać
29 Szerokość aparatu: poniżej 700 mm TAK podać
30 Wysokość transportowa aparatu do 1500mm TAK
31 Fartuch ochronny 0,5 Pb 2 szt TAK
- D Informacje dodatkowe
- 32 Gwarancja na sprzęt min 24 miesiące TAK, podać
33 Foldery produktu i instrukcja w języku polskim, szkolenie dla personelu pracowni RTG TAK
34 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. TAK
35 Naprawy w okresie gwarancyjnym bezpłatne TAK
36 Serwis dostępny na terenie Polski TAK
37 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. podać
38 Koszt dostawy sprzętu ponosi dostawca TAK
- Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
- Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Kardiomonitorów modułowych w ilości 7 szt.
- L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana
- 1 Nazwa, typ, model kardiomonitora Podać
2 Producent Podać
3 Kraj pochodzenia Podać
4 Rok produkcji Podać
5 Certyfikat CE TAK
- A Informacje ogólne TAK

- 6 Kardiomonitor o budowie kompaktowej szt 7 TAK
- 7 Niezależne moduły zabudowane wewnątrz urządzenia TAK
- 8 Ekran kolorowy - aktywna matryca LCD TFT minimum 19" TAK podać
- 9 Rozdzielczość min.: 1280 x 1024 TAK podać
- 10 Zasilanie z sieci 100-240 VAC 50 Hz TAK
- 11 Monitor zintegrowany w jednej obudowie z jednostką główną kardiomonitora wyposażoną w uchwyt do przenoszenia TAK
- 12 Wbudowany akumulator wewnętrzny na min. 60 min. pracy TAK
- 13 Chłodzenie monitora konwekcyjne TAK
- 14 Obsługa przez ekran dotykowy TAK opisać
- 15 Możliwość monitorowania wszystkich grup wiekowych tj dorosłych i dzieci TAK podać
- 16 Możliwość konfigurowania przez użytkownika i zapamiętywania min. 6 ekranów TAK
- 17 Możliwość ekranu dużych cyfr TAK
- 18 Archiwum alarmów – min 300 zdarzeń TAK
- 19 Trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich mierzonych parametrów z min. 72 godzin TAK
- 20 Ciągły zapis w pamięci monitora wszystkich monitorowanych parametrów (wartości liczbowych i wszystkich krzywych dynamicznych - min. 6 odprowadzeń EKG, krzywa oddechu, saturacji, krzywa IBP, krzywa kapnografii) z min. 96 godz. TAK
- 21 Alarmy trzystopniowe z możliwością zawieszenia czasowego i na stałe. Możliwość ustawiania granic alarmów dla wszystkich mierzonych parametrów w trybie ręcznym lub automatycznym zależnym od stanu pacjenta TAK
- 22 Wbudowane złącze USB do przenoszenia danych pacjenta do komputera z min. 72 godzinnej pamięci kardiomonitora poprzez nośnik elektroniczny (np. Pendrive) /zapis wszystkich wartości cyfrowych i wszystkich krzywych dynamicznych - min. 6 odprowadzeń/ TAK
- 23 Możliwość włączenia monitora w system centralnego nadzoru TAK
- B Moduł EKG
- 24 Zakres pomiaru HR: 15 – 300 1/min TAK
- 25 Analiza ST z 6 odprowadzeń jednocześnie TAK, podać
- 26 Analiza min. 13 kategorii arytmii TAK , podać
- 27 Detekcja stymulatora serca ze znacznikiem w kanale EKG i sygnałem dźwiękowym TAK podać
- 28 Jednoczesne wyświetlanie min. 6 krzywych przy użyciu kabla 3-żyłowego TAK podać
- 29 Możliwość podłączenia elektrody endokawitarnej TAK podać
- 30 Wyposażenie: kabel 3- żyłowy – 1 szt.
- Wyposażenie: kabel 5- żyłowy – 1 szt. TAK podać
- C Moduł respiracji
- 31 Zakres pomiaru RR min.: 5 – 150 1/min TAK podać
- 32 Funkcja nadzoru bezdechu min.: 5 – 45 s. TAK podać
- 33 Licznik bezdechów TAK
- 34 Możliwość wyboru elektrod do detekcji oddechu bez konieczności przepinania kabla EKG TAK
- 35 Prezentacja fali oddechu TAK
- D Moduł NIBP
- 36 Pomiar dla wszystkich grup wiekowych TAK
- 37 Zakres pomiaru: min. 15 - 270 mmHg TAK podać
- 38 Tryb pracy: ręczny , automatyczny oraz ciągły TAK
- 39 Czas repetycji pomiaru min.: 1 – 480 min TAK

- 40 Wyświetlane wartości ciśnienia: skurczowe, rozkurczowe, średnie TAK
- 41 Możliwość pomiaru tętna z mankietu TAK
- 42 Podręczne zestawienie ostatnio wykonanych pomiarów (wartość skurczowa, rozkurczowa i średnia, z określeniem daty oraz godziny wykonanego pomiaru) bez konieczności wchodzenia w archiwum urządzenia. TAK
- 43 Wyposażenie do każdego monitora: wielorazowy mankiety do pomiaru ciśnienia – dla dorosłych 1 szt., dla dzieci 1szt. TAK
- E Moduł Saturacja SpO2
- 44 Pomiar przy niskiej perfuzji TAK
- 45 Odporny na artefakty ruchowe Nellcor OxiMax TAK
- 46 Zakres pomiaru SpO2 : min. 1 – 100 % TAK
- 47 Zakres pomiaru pulsu obwodowego: min. 20 – 250 1/min TAK
- 48 Prezentacja fali pletyzmograficznej TAK
- 49 Wyposażenie dla każdego monitora: przedłużacz, czujnik wielorazowy typu klips na palec, czujnik wielorazowy typu Y TAK
- F Moduł temperatury
- 50 Jeden kanał pomiarowy TAK
- 51 Możliwość pomiaru temperatury wewnętrznej lub powierzchniowej TAK
- 52 Zakres pomiaru temperatury min.: 5 – 50 °C TAK
- 53 Wyposażenie: do każdego monitora wielorazowa sonda do pomiaru temperatury szt 1 TAK
- G Moduł IBP inwazyjny pomiar ciśnienia
- 54 Jeden kanał pomiarowy minimum TAK
- 55 Zakres pomiaru: min. -40 do + 320 mmHg TAK
- 56 Wyświetlane wartości ciśnienia: skurczowe, rozkurczowe, średnie oraz pulsu TAK
- 57 Wyposażenie: kabel interfejsowy IBP – 1szt. do każdego monitora, jednorazowe przetworniki do pomiaru ciśnienia – 2 szt. do każdego monitora. TAK
- 58 Możliwość rozbudowy o dodatkowe kanały pomiaru IBP TAK
- H Pomiar ciśnienia śródczaszkowego
- 59 Urządzenie do pomiaru ciśnienia śródczaszkowego z jednym zestawem pomiarowym TAK
- 60 Kabel interfejsowy wyposażony w złącze do podłączenia go do modułu IBP w kardiomonitorze – 1 szt TAK
- 61 Urządzenie będzie dostępne w każdym z oferowanych kardiomonitorów.
- I Moduł Kapnografia
- 62 Pomiar CO2 w strumieniu bocznym TAK
- 63 Zakres pomiaru: 1 – 99 mmHg TAK
- 64 Prezentacja fali kapnograficznej TAK
- 65 Zestaw linii pomiarowych do pomiaru kapnografii do każdego monitora TAK
- J Informacje dodatkowe
- 66 Gwarancja na sprzęt min 24 miesiące TAK podać
- 67 Foldery produktu i instrukcja w języku polskim, szkolenie dla personelu OIT TAK
- 68 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. TAK
- 69 Koszty serwisu i napraw w okresie gwarancyjnym bezpłatne TAK
- 70 Serwis dostępny na terenie Polski TAK
- 71 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. podać
- 72 Koszt dostawy sprzętu ponosi dostawca TAK

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Respiratora dla dzieci i dorosłych w ilości 1 szt.

Parametry opisane muszą odpowiadać respiratorowi w oferowanej konfiguracji!

L.p. Parametr / warunek - Wymagania graniczne TAK/NIE - Wartość oferowana

I Informacje o produkcie

1. Rok produkcji Fabrycznie nowy lub po demonstracyjny

2. Typ/model Podać

3. Producent Podać

4. Certyfikat, nr, data ważności Podać

II Przeznaczenie respiratora

5. Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia do stosowania w warunkach intensywnej terapii Respirator przeznaczony do zastosowania na Oddziale Intensywnej Terapii dla pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia TAK

6. Dwa respiratory podemonstracyjne dla dorosłych i dzieci powyżej 3,5 kg i jeden respirator fabrycznie nowy dla dorosłych i dzieci z dodatkowym oprogramowaniem noworodkowym TAK

III Zasilanie respiratora

7. Zasilanie powietrzem z centralnego źródła sprężonego gazu 2,5 do 6,0 bar Wymagany zakres 2,5 do 6,0 bar uwzględnia typowe ciśnienie powietrza centralnego 5 bar z marginesem wynikającym z poboru gazów i cyklu pracy sprężarek TAK

2,5 do 6,0 bar

8. Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu 2,5 do 6,0 bar Wymagany zakres uwzględnia typowe ciśnienie tlenu centralnego 5 bar z marginesem wynikającym z poboru gazów i stanu napełnienia butli TAK

2,5 do 6,0 bar

9. Możliwość prowadzenia wentylacji awaryjnie przy zasilaniu jednym gazem, powietrzem lub tlenem. Automatyczne przełączenie respiratora na dostępny gaz Respirator musi podtrzymać prace w przypadku awarii jednego z zasilających gazów. Wymagany komunikat o braku zasilania tlenem lub powietrzem TAK

10. Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz+5%/-10% Respirator musi być przystosowany do standardowego zasilania sieciowego w Polsce i być odpornym na wahania zasilania sieciowego co najmniej w wymaganych granicach TAK

11. Awaryjne zasilanie ze zintegrowanego akumulatora na minimum 0,5 godziny pracy. Respirator musi podtrzymać wentylację w przypadku awarii zasilania sieciowego. Minimalny czas konieczny do zabezpieczenia alternatywnej wentylacji to 30 minut. Podtrzymanie nie musi zapewniać pracy kompresora TAK

IV Tryby wentylacji

12. Wentylacja wspomagana/kontrolowana

CMV/ Assist – IPPV

Typowy tryb wentylacji dla pacjentów bez napędu oddechowego lub z bardzo słabym napędem oddechowym. Dostępny we wszystkich respiratorach. TAK

13. Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV Typowy tryb wentylacji dla pacjentów ze zmiennym napędem oddechowym będących w stanie zabezpieczyć część spontanicznej wentylacji minutowej. Wymagana możliwość wyboru oddechu co najmniej wymuszonego VCV, PCV i spontanicznego PSV. Dostępny we wszystkich respiratorach. TAK

14. Wentylacja spontaniczna

Typowy tryb wentylacji dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym mogących wyzwać respirator i oddychać spontanicznie z częściowym wspomaganie oddechu Dostępny we wszystkich respiratorach. TAK
15. Dodatkowo ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/ CPAP

Typowy tryb wentylacji dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym wymagających zwiększonej pojemności końcowo- wydechowej. Dostępny we wszystkich respiratorach. TAK

16. Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP, APRV

Typowy tryb wentylacji w respiratorach wysokiej klasy nowej generacji z aktywnym zaworem oddechowym dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym mogących wyzwać respirator i oddychać spontanicznie z częściowym wspomaganie oddechu na dwóch poziomach dodatniego ciśnienia. Dostępny we wszystkich respiratorach wysokiej klasy pod różnymi nazwami. Zamawiający wymaga, aby respirator rozpoznawał spontaniczną aktywność pacjenta na obu poziomach ciśnienia, zliczał oddechy pacjenta i mierzył ich objętości. TAK

17. Wentylacja nieinwazyjna NIV

Zamawiający wymaga, aby dostarczone respiratory umożliwiały wentylację za pomocą maski, hełmów i innych nieinwazyjnych akcesoriów do wentylacji. Wymaga się aby respirator był dostosowany do pracy z układami do nieinwazyjnej wentylacji, które charakteryzują się zmiennym przeciekiem. Wymagany jest wydzielony przycisk uruchamiający wentylację nieinwazyjną i jasna sygnalizacja pracy respiratora w tym trybie TAK

18. Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów oddechowych i wyboru rodzaju oddechu wymuszonego. Respirator musi posiadać automatycznie uruchamiana wentylację zastępczą w przypadku braku aktywności pacjenta w trybie wentylacji spontanicznej.

Konieczna możliwość wyboru oddechu VCV lub PCV

Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej lepszy dobór wentylacji zabezpieczającej przy bezdechu do patologii oddechowej pacjenta TAK

19. Wdech manualny

Respirator musi być wyposażony w przycisk umożliwiający na żądanie oddanie przez lekarza mechanicznego oddechu o ustalonych parametrach. TAK

V Rodzaje oddechu wymuszonego

20. Oddech kontrolowany objętością VCV

Respirator musi posiadać wymuszony oddech kontrolowany objętością. Kryterium przełączenia na fazę wydechową jest oddanie nastawionej objętości lub osiągnięcie limitu alarmowego nastawionego przez lekarza TAK

21. Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV

Respirator musi posiadać wymuszony oddech kontrolowany ciśnieniem. Respirator ma utrzymać nastawione ciśnienie wdechowe przez czas wdechu. Kryterium przełączenia na fazę wydechową jest osiągnięcie czasu wdechu lub limitu alarmowego nastawionego przez lekarza TAK

22. Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC, AutoFlow, APV, VC+

Zamawiający wymaga, aby respirator był wyposażony w oddechy wymuszone o podwójnej kontroli – ciśnieniowo kontrolowane z docelową objętością. Respirator może zmieniać zgodnie z algorytmem ciśnienie wdechowe w celu zapewnienia docelowej objętości oddechowej. Wymagane są zabezpieczenia nadmiernej objętości wdechowej i alarm ograniczający ciśnienia wdechowe. TAK

VI Rodzaje oddechu spontanicznego

23. Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV/ASB

Zamawiający wymaga, aby respirator był wyposażony w oddechy spontaniczne wspomagane ciśnieniem. Oddechy muszą być wyzwalone przez pacjenta i przełączane na fazę wydechową z kryterium przepływowego (spadek przepływu wdechowego do ustalonej wartości procentowej przepływu szczytowego) TAK

24. Oddech spontaniczny wspomagany objętością VSV. Respirator musi zmieniać automatycznie poziom ciśnienia wdechowego wspomagającego oddechy spontaniczne w zależności od wysiłku pacjenta tak, aby przywrócić docelową spontaniczną objętość oddechową TAK

VII Inne rodzaje wspomaganie oddechu spontanicznego

25. Oddech spontaniczny wspomagany proporcjonalnie typu PPS, PAV zgodny z algorytmem Younesa lub NAVA wspomaganie wysiłku oddechowego na podstawie detekcji elektrycznej aktywności nerwu przeponowego Zamawiający wymaga wyposażenia respiratora w najnowsze tryby oddechowe wspomagające synchronicznie pracę przepony wentylowanego pacjenta, zmieniające aparat we „wzmacniacz oddechu” TAK

26. Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheostomijnej typu ATC, TC, TRC Zamawiający wymaga, aby respiratory wyposażone były w tryb eliminujący wpływ rurki dotchawiczej na pracę oddechową pacjenta umożliwiającą przeprowadzenie kontrolowanych prób samodzielnego oddychania pacjenta (SBT). Automatyczna kompensacja rurki intubacyjnej jako tryb wymagający szybkiej reakcji respiratora i ciągłej zmiany ciśnienia wspomaganie w zależności od przepływu gazów przez rurkę jest charakterystycznym sposobem wspomaganie oddechu spontanicznego pacjenta dla wysokiej klasy respiratorów z szybką pneumatyką TAK

VIII Parametry regulowane

27. Częstość oddechów.

Respirator musi posiadać zakres regulacji częstości oddechów umożliwiającą wentylację pacjentów pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny: 1-100 1/min TAK

1-100 1/min

28. Objętość pojedynczego oddechu

Respirator musi posiadać zakres regulacji objętości oddechowych umożliwiającą wentylację pacjentów pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny: 30-2000ml TAK

29. Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo- kontrolowanych

Respirator musi posiadać zakres regulacji przepływu szczytowego umożliwiającą wentylację pacjentów pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny: 3-120 l/min TAK

3-120l/min

30. Stosunek wdechu do wydechu lub czas wdechu. Zamawiający dopuszcza regulacje czasu wdechu, procentu czasu cyklu oddechowego, stosunku I:E lub inną, która w efekcie umożliwi uzyskanie czasu wdechu w zakresie minimum od 0,2 do 5,0 sekund TAK

I:E

1:9-4:1

Ti 0.2-5.0s

31. Czas plateau. Respirator musi posiadać możliwość ustawienia pauzy wdechowej w wentylacji objętościowo kontrolowanej poprzez bezpośrednią lub pośrednią nastawę czasu trwania czasu plateau. Zamawiający dopuszcza regulacje czasu plateau, procentu czasu wdechu lub inną, która w efekcie umożliwi uzyskanie pauzy wdechowej o czasie trwania minimum od 0,0 do 2,0 sekund TAK

0,0 – 2,0 sek

32. Ciśnienie wdechowe PCV

Respirator musi posiadać zakres regulacji ciśnienia wdechowego umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień szczytowych z POCHP lub ARDS. Wymagany zakres minimalny: 5-80 cmH₂O
TAK

5-80 cmH₂O

33. Ciśnienie wspomaganie PSV/ASB Respirator musi posiadać zakres regulacji ciśnienia wspomaganie umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień szczytowych z POCHP lub ARDS. Wymagany zakres minimalny: 0-60 cmH₂O TAK

0-60 cmH₂O

34. Ciśnienie PEEP/CPAP

Respirator musi posiadać zakres regulacji ciśnienia końcowo wydechowego lub ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień PEEP/CPAP np z ARDS. Wymagany zakres minimalny: 0–30 cmH₂O TAK

0–30 cmH₂O

35. Wysoki poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, APRV

Respirator musi posiadać zakres regulacji poziomu wysokiego ciśnienia umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych z patologia płucną wymagających wysokich ciśnień. Wymagany zakres minimalny: 5-50 cmH₂O
TAK

5-50 cmH₂O

36. Niski poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, APRV

Respirator musi posiadać zakres regulacji dolnego poziomu ciśnienia końcowo wydechowego umożliwiający wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień. Wymagany zakres minimalny: 0–30 cmH₂O
TAK

0–30 cmH₂O

37. Czas wysokiego poziomu ciśnienia. Zamawiający wymaga aby respirator umożliwiał stosowanie długich czasów górnego wysokiego poziomu ciśnienia co jest szczególnie istotne w trybie wentylacji z uwolnieniem ciśnienia APRV. Dopuszcza się różne metody nastawy bezpośrednio poprzez regulacje czasu lub pośrednie, które w efekcie pozwolą na uzyskanie czasu górnej fazy ciśnienia w zakresie 0,2 do minimum 15 sekund TAK
0,2 – 15 sek

38. Płynnie regulowany czas lub współczynnik narastania przepływu /ciśnienia dla PCV/PSV/ASB. Zamawiający wymaga, aby respirator posiadał funkcje umożliwiającą zapewnienie lepszej synchronizacji wysiłku oddechowego pacjenta z respiratorem. TAK

39. Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie minimum 5 – 50%. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej optymalizację synchronizacji wydechu z wysiłkiem oddechowym pacjenta TAK

5 – 50%

40. Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta.

Respirator musi być wyposażony w czuły wyzwalacz rozpoznający wysiłek oddechowy pacjenta.

Minimalny wymagany zakres czułości triggera przepływowego to 0,5 do 15 l/min TAK

0,5 – 15 l/min

41. Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta regulowany w zakresie minimum 0,5 – 15 cmH₂O. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej dodatkowy sposób wykrywania wysiłku spontanicznego pacjenta, dostosowujący respirator lepiej do patologii płucnej i stanu pacjenta TAK

0,5 – 15 cmH₂O

42. Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie

Zamawiający wymaga, aby respirator był wyposażony w pneumatyczno-elektroniczny mieszalnik gazów kontrolowany mikroprocesorowo pozwalający na zmianę wdechowego stężenia tlenu w zakresie 21 do 100% co 1%. Zamawiający nie zaakceptuje oferty na respirator z mechanicznym mieszalnikiem tlenu ze względu na podatność takiego rozwiązania na zanieczyszczenia gazów i konieczność częstych przeglądów TAK
21 - 100%

43. Możliwość ustawienia dla wentylacji przy bezdechu wyższego stężenia tlenu od stosowanego w aktualnym trybie wentylacji. Respirator musi automatycznie podnieść stężenie tlenu przy przejściu do wentylacji przy bezdechu do nastawionego wstępnie poziomu i powrócić do poprzedniego FiO2 po zakończeniu bezdechu. TAK

IX Inne funkcje wentylacji

44. Możliwość wyboru krzywej przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo-kontrolowanych :prostokątna i opadająca. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej dobór krzywej przepływu zapewniającej lepszą dystrybucję gazów, dostosowanej do patologii oddechowej pacjenta TAK
Minimum prostokątna i opadająca

45. Możliwość wyboru sposobu nastawiania parametrów wzajemnie zależnych w trakcie wentylacji pacjenta (czas wdechu, czas wydechu, stosunek I:E). Zamawiający wymaga funkcji ułatwiającej nastawianie parametrów respiratora zgodnie z preferencjami lekarza. TAK

46. Manualne przedłużenie fazy wdechowej

Zamawiający wymaga, aby respirator umożliwił wykonanie manewru pauzy wdechowej minimum do 5 sekund. Manewr powinien umożliwić ustalenie ciśnienia plateau i wykonanie pomiarów mechaniki oddechowej TAK
Minimum do 5 sekund

47. Manualne przedłużenie fazy wydechowej

Zamawiający wymaga, aby respirator umożliwił wykonanie manewru pauzy wydechowej minimum do 10 sekund. Manewr powinien umożliwić ustalenie ciśnienia końcowo-wydechowego i wykonanie pomiarów wewnętrznego PEEP TAK
Minimum do 10 sekund

48. Możliwość wspomagania oddechu spontanicznego ciśnieniem PSV na obu poziomach ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, APRV. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej lepszy dobór wentylacji do patologii oddechowej pacjenta, w tym wspomagania wysiłku oddechowego pacjenta w wysokiej fazie ciśnienia TAK

X Monitor graficzny

49. Podstawowy kolorowy monitor o przekątnej całkowitej minimum 14" do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji. Zamawiający wymaga, aby ekran umożliwił obsługę poprzez dotyk także w przypadku używania rękawiczek ochronnych TAK
Podać przekątną całkowitą

50. Możliwość obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej lub/i pionowej w stosunku do respiratora

Zamawiający wymaga, aby respirator wyposażony był w ekran z możliwością obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej lub/i pionowej w stosunku do reszty aparatu. Funkcja ta ma ułatwić obsługę aparatu poprzez dostosowanie kąta widzenia do potrzeb osoby obsługującej bez konieczności obrotu całego aparatu wraz z ramieniem podtrzymującym układ oddechowy, wiążącego się z niebezpieczeństwem przypadkowego rozintubowania pacjenta TAK

51. Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu

Zamawiający wymaga graficznej prezentacji ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu z możliwością wyświetlenia co najmniej 2 krzywych jednocześnie na ekranie TAK
co najmniej 2 krzywe jednocześnie na ekranie

52. Graficzna prezentacja pętli ciśnienie- objętość i przepływ –objętość. Zamawiający wymaga funkcji polepszającej diagnostykę mechaniki oddechowej pacjenta TAK
53. Respirator musi posiadać możliwość zatrzymania krzywych prezentowanych na monitorze w dowolnym momencie w celu ich analizy TAK
54. Prezentacja na ekranie trendów graficznych i tabelarycznych min. 48 godzinnych Zamawiający wymaga funkcji ułatwiającej przegląd monitorowanych i nastawianych parametrów, która polepsza diagnostykę stanu pacjenta. TAK
- XI Pomiary parametrów wentylacji
55. Pomiar parametrów nie wymagający sterylizacji, dezynfekcji lub wymiany czujników pomiarowych pomiędzy pacjentami. Zamawiający wymaga funkcji ułatwiającej szybkie zastosowanie respiratora u następnego pacjenta, uzasadnionej także z punktu widzenia kosztów eksploatacji i łatwości obsługi aparatu. TAK
56. Integralny pomiar stężenia tlenu
Respirator musi posiadać czujnik pomiarowy stężenia wdechowego tlenu i wyświetlać wartość O₂% w formie cyfrowej TAK
57. Całkowita częstość oddychania
Respirator musi posiadać pomiar całkowitej częstości oddechów i wyświetlać zmierzona wartość F_{tot} w formie cyfrowej TAK
58. Objętość pojedynczego oddechu
Respirator musi posiadać sensory pomiaru objętości i wyświetlać zmierzona objętość wydechową pojedynczego oddechu VTE w formie cyfrowej TAK
59. Całkowita objętość wentylacji minutowej
Respirator musi posiadać sensory pomiaru objętości i wyświetlać obliczoną minutową objętość wydechową MV_{tot} w formie cyfrowej TAK
60. Objętość spontanicznej wentylacji minutowej
Respirator musi posiadać sensory pomiaru objętości i wyświetlać obliczoną spontaniczną minutową objętość wydechową MV_{spont} w formie cyfrowej TAK
61. Pomiar szczytowego przepływu wydechowego PEF Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK
62. Pomiar szczytowego wdechowego przepływu spontanicznego PSF. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK
63. Pomiar przepływu końcowo-wydechowego EEF. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK
64. Ciśnienie szczytowe
Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia szczytowego PIP w formie cyfrowej TAK
65. Średnie ciśnienie w układzie oddechowym
Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia średniego P_{śred} w formie cyfrowej TAK
66. Pomiar rzeczywistego stosunku I:E. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK
67. Ciśnienie plateau
Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia Plateau P_{pl} w formie cyfrowej TAK
68. Ciśnienie PEEP/CPAP

Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia końcowo-wydechowego lub ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych w formie cyfrowej TAK

69. Ciśnienie Auto PEEP

Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona podczas manewru zatrzymania przy wydechu wartość ciśnienia Auto PEEP formie cyfrowej TAK

70. Pomiar P 0,1 ciśnienia okluzji po 100ms. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK

71. Pomiar NIF/MIP maksymalnego ciśnienia wdechowego, negatywnej siły wdechowej. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK

72. Podatność statyczna płuc pacjenta

Respirator musi posiadać możliwość wykonania manewru pomiarowego określającego statyczna podatność płuc i wyświetlić wartość Cst w formie cyfrowej TAK

73. Pomiar podatności dynamicznej Cdyn. Zamawiający wymaga pomiaru dynamicznego istotnego parametru mechaniki oddechowej płuc ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK

74. Opory wdechowe płuc pacjenta

Respirator musi posiadać możliwość wykonania manewru pomiarowego określającego opory wdechowe płuc i wyświetlić wartość Rinsp w formie cyfrowej TAK

75. Indeks dyszenia RSB (f/Vt)

Respirator musi posiadać możliwość obliczenia indeksu szybkiego płytkiego oddechu/dyszenia i wyświetlenia jego wartości w postaci cyfrowej TAK

XII Alarmy

76. Hierarchia alarmów w zależności od ważności Respirator musi być wyposażony w hierarchiczny system alarmowy rozróżniający ważność przyczyny alarmu i sygnalizujący sytuacje alarmowe w sposób stosowny do zagrożenia dla pacjenta TAK

77. Stopniowanie aktywnego alarmu w zależności od czasu trwania sytuacji alarmowej. Zamawiający wymaga aby respirator posiadał funkcje eliminującą uciążliwe alarmy bez zmniejszania poziomu bezpieczeństwa pacjenta TAK

78. Zaniku zasilania sieciowego Respirator musi informować obsługę o zaniku zasilania sieciowego. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

79. Zaniku zasilania bateryjnego Respirator musi informować obsługę o zaniku zasilania bateryjnego. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

80. Niskiego ciśnienia tlenu Respirator musi informować obsługę o zaniku lub niskim ciśnieniu zasilania tlenem. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

81. Niskiego ciśnienia powietrza Respirator musi informować obsługę o zaniku lub niskim ciśnieniu zasilania powietrzem. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

82. Za niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym Respirator musi informować obsługę o zbyt niskim lub zbyt wysokim stężeniu wdechowym tlenu. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

83. Wysokiej całkowitej objętości minutowej Respirator musi informować obsługę o wysokiej całkowitej objętości minutowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

84. Niskiej całkowitej objętości minutowej Respirator musi informować obsługę o niskiej całkowitej objętości minutowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

85. Wysokiego ciśnienia Respirator musi informować obsługę o wysokim ciśnieniu w układzie oddechowym. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny. Alarm musi ograniczać ciśnienie i uwolnić je poprzez otworenie zastawki wydechowej lub zaworu bezpieczeństwa TAK

86. Niskiego ciśnienia wdechowego lub rozłączenia układu oddechowego Respirator musi informować obsługę o niskim ciśnieniu wdechowym lub rozłączeniu układu oddechowego. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK
87. Wysokiej częstości oddechów Respirator musi informować obsługę o wysokiej częstości oddechów. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK
88. Wysokiej objętości oddechowej Respirator musi informować obsługę o wysokiej objętości oddechowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK
89. Niskiej objętości oddechowej Respirator musi informować obsługę o niskiej objętości oddechowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK
90. Limit wysokiej objętości wdechowej
Respirator musi informować obsługę o osiągnięciu limitu wysokiej objętości wdechowej dla trybów o podwójnej kontroli, kompensacji oporów rurki intubacyjnej i innych zagrożonych dostarczeniem nadmiernej objętości oddechowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK
91. Wydzielony alarm zatkania gałęzi wydechowej układu pacjenta. Zamawiający wymaga, aby respirator posiadał alarm ułatwiający szybka diagnozę przyczyny okluzji układu oddechowego istotny dla bezpieczeństwa pacjenta TAK
92. Niskiej częstości oddechów lub bezdechu respirator musi informować obsługę o niskiej częstości oddechowej lub wystąpieniu bezdechu. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK
93. Pamięć alarmów z komentarzem Zamawiający wymaga, aby respirator wyposażony był w pamięć alarmów oraz rejestr zdarzeń technicznych TAK
- XIII Inne pożądane funkcje i Wyposażenie
94. Aparat musi posiadać zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji TAK
Opisać
95. Łatwy wybór elementów obsługi na ekranie poprzez dotyk. Zamawiający wymaga funkcji ułatwiającej obsługę respiratora. Funkcja dotyku powinna działać także gdy obsługa zakłada rękawiczki ochronne TAK
96. W przypadku zmiany trybu i parametrów wentylacji, respirator musi posiadać możliwość łatwego powrotu do poprzednich nastawień TAK
97. Po włączeniu aparatu, wymagana jest możliwość powrotu do nastawień ostatniego pacjenta. Zamawiający alternatywnie dopuszcza również możliwość zawieszenia wentylacji na dłuższy czas i pozostawienia respiratora w trybie gotowości „Stand by”. Respirator powinien przywrócić wszystkie parametry uprzednio stosowanej wentylacji, a także zachować nastawy alarmowe i zapisy w pamięci alarmów sprzed wyłączenia lub uaktywnienia trybu gotowości. TAK
98. Zamawiający wymaga wstępnego ustawienia parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta IBW TAK
99. Respirator musi posiadać test sprawdzający poprawność działania i szczelność układu oddechowego wykonywany automatycznie lub na żądanie użytkownika TAK
100. Wydechowy filtr przeciwbakteryjny (konstrukcja aparatu uniemożliwia użycie aparatu bez filtru), Zamawiający wymaga aby respirator zapewniał ochronę przeciwbakteryjną i zapobiegał zakażeniem personelu i krzyżowym pomiędzy pacjentami TAK
101. Kompletny układ oddechowy dla dorosłych jednorazowy silikonowy dostosowany do HME TAK
20 sztuk na aparat
102. Nebulizator do podawania leków w formie areozolu przeznaczony do pracy z pacjentami zaintubowanymi i wentylowanymi nieinwazyjnie przez maskę. Aparat do stosowania u pacjentów podłączonych do respiratora a także u oddychających spontanicznie. Zamawiający wymaga, aby aparat wytwarzał cząstki o średniej wielkości MMAD poniżej 4 mikrometrów TAK

XIV Pozostałe

103. Respirator stacjonarny na podstawie jezdnej, dwa koła z blokadą TAK

104. Aparat musi posiadać złącze do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi umożliwiające przesyłanie danych z respiratora TAK

105. Komunikacja, komunikaty ekranowe i opisy na przyciskach, naklejkach ostrzegawczych i informacyjnych w języku polskim, Polska instrukcja obsługi załączona do aparatu TAK

106. Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z aparatem) TAK

107. Materiały informacyjne na temat oferowanego respiratora TAK

108. Gwarancja na sprzęt 24 miesiące TAK

109. Koszty serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatne TAK

Uwaga : w kolumnie „wymagania graniczne”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Parametry wymagane stanowią parametry minimalne – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Łóżka szpitalnego wielofunkcyjnego z wagą w ilości 1 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek / funkcja - Wartość wymagana - Wartość oferowana

I Łóżko szpitalne wielofunkcyjne z wagą

1. Urządzenie typ, model Podać

2. Producent/ Firma Podać

3. Kraj pochodzenia Podać

4. Rok produkcji

5. Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne szafek

6. Łóżko wielofunkcyjne dla pacjentów OIT z możliwością pomiaru wagi pacjenta Tak, opisać

7. Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka Tak

8. Szerokość zewnętrzna łóżka z barierkami bocznymi – 950mm (+/-50mm) Tak, podać rozmiary

9. Długość zewnętrzna łóżka – 2160mm (+/-50mm) z możliwością przedłużania leża dla pacjentów wysokiego wzrostu Tak, podać rozmiary

10. Leże łóżka 4 – sekcyjne o nowoczesnej konstrukcji opartej na dwóch kolumnach cylindrycznych gwarantującej łatwą dezynfekcję i walkę z infekcjami . Tak,

11. Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu ze wskaźnikiem stanu naładowania Tak

12. Akumulator wyposażony we wskaźnik zużycia informujący o konieczności wymiany Tak

13. Współpraca z RTG na odcinku od głowy do bioder bez konieczności przemieszczania pacjenta Tak

14. Precyzyjny system ważenia pacjenta Tak

15. Funkcja zamrażania wagi Tak

16. Brak wpływu wyposażenia na pomiary wagi

17. Barierki dzielone, tworzywowe poruszające się z segmentami leża będące zabezpieczeniem na całej długości łóżka to znaczy od szczytu głowy aż do szczytu nóg oraz zabezpieczające pacjenta w pozycji siedzącej.
Barierki jednorodne bez elementów łączonych. Tak
18. Barierki boczne o wysokości co najmniej 45 cm powyżej poziomu leża pacjenta umożliwiające współpracę łóżka z materacami anty-odleżynowymi zaawansowanymi o wysokości nawet do 23 cm Tak
19. Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:
Paneli w barierkach bocznych
Panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego co najmniej kilkucentymetrowe piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przycisku-sterowników nożnych
Panel sterowniczy wyposażony w elektroniczne kontrolki aktywnych, zablokowanych funkcji łóżka Tak
20. Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 400 mm do 780 mm (+/- 50 mm) gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka /nie dotykaniu pełnymi stopami podłogi podczas opuszczania łóżka/. Tak
21. Regulacja wysokości z dźwiękowym wskaźnikiem osiągnięcia wysokości minimalnej Tak
22. Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 75 ° +/- 5 ° Tak
23. Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 50 ° +/- 5 ° Tak
24. Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków w barierkach bocznych i z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak
25. Funkcja autoregresji o parametrze minimum 11 cm niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-łędźwiowym a tym samym pełniąc funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom Tak
26. Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga 20 ° (+/- 4 °) – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak
27. Regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga 20 ° (+/- 4°)– sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. Tak
28. Elektryczna funkcja CPR z każdej pozycji do reanimacji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg Tak
29. Elektryczna pozycja antyszokowa z każdej pozycji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg Tak
30. Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych z diodową sygnalizacją stanu (na panelu sterowniczym) dla poszczególnych regulacji:
— regulacji wysokości
— regulacji części plecowej
— regulacji części nożnej
— regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga
— sterowań nożnych Tak
31. Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji . Przycisk dostępności funkcji w sterowaniu: na panelu, w barierkach bocznych Tak
32. Odłączenie wszelkich regulacji z pilota, barierek, sterowań nożnych lub panelu po 180 sekundach nieużywania regulacji (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji) Tak

33. Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub też o innym oznaczeniu) natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze. System odłączający wszystkie sterowania: panel, pilot i sterowania nożne. System uniemożliwiający jakąkolwiek regulację nie tylko jako blokadę poszczególnych segmentów ale również deaktywujący przyciski z pozycjami programowalnymi. Tak

34. Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR Tak

35. Pojedyncze koła jezdne o średnicy 150mm gwarantujące doskonałą mobilność łóżka Tak

36. Łóżko wyposażone w piątą koło kierunkowe

37. Bezpieczne obciążenie robocze 400 kg w pozycji horyzontalnej oraz Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 230kg pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego Tak

38. Możliwość wyboru kolorystyki szczytów i barierek bocznych Tak

39. Wyposażenie

— wieszak do kroplówki

1. materac o grubości 120mm wykonany z piany poliuretanowej zapobiegającej odleżynom do drugiego stopnia włącznie. Twarda piana na krawędziach i na spodzie materaca zwiększająca komfort pacjenta. Materac posiadający nacięcia w okolicach głowy i pięt zmniejszające nacisk oraz specjalne profilowania w części centralnej dla najlepszej dystrybucji nacisku. Materac w pokryciu nie przepuszczającym płynów infuzyjnych a przepuszczającym powietrze. Pokrowiec z krytym zamkiem.

2. Listwa z tworzywowymi uchwytyami do worków urologicznych

Wysuwana spod leża półka na pościel z miejscem do odłożenia panelu sterowniczego Tak

II Informacje dodatkowe

40. Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

41. Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą Podać

42. Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą Podać

43. Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów

44. Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek. Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Łóżek szpitalnych wielofunkcyjnych w ilości 6 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Łóżko szpitalne wielofunkcyjne

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne szafek

6 Łóżko wielofunkcyjne dla pacjentów OIT Tak, opisać

7 Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka Tak

8 Szerokość zewnętrzna łóżka z barierkami bocznymi – 950mm (+/-50mm) Tak, podać rozmiary

9 Długość zewnętrzna łóżka – 2160mm (+/-50mm) z możliwością przedłużania leża dla pacjentów wysokiego wzrostu Tak, podać rozmiary

10 Leże łóżka 4 – sekcyjne o nowoczesnej konstrukcji opartej na dwóch kolumnach cylindrycznych gwarantującej łatwą dezynfekcję i walkę z infekcjami . Tak,

11 Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu ze wskaźnikiem stanu naładowania Tak

12 Akumulator wyposażony we wskaźnik zużycia informujący o konieczności wymiany Tak

13 Barierki dzielone, tworzywowe poruszające się z segmentami leża będące zabezpieczeniem na całej długości łóżka to znaczy od szczytu głowy aż do szczytu nóg oraz zabezpieczające pacjenta w pozycji siedzącej.

Barierki jednorodne bez elementów łączonych. Tak

14 Barierki boczne o wysokości co najmniej 45 cm powyżej poziomu leża pacjenta umożliwiające współpracę łóżka z materacami anty-odleżynowymi zaawansowanymi o wysokości nawet do 23 cm Tak

15 Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:

Paneli w barierkach bocznych

Panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego co najmniej kilkucentymetrowe piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przycisku — sterowników nożnych

Panel sterowniczy wyposażony w elektroniczne kontrolki aktywnych, zablokowanych funkcji łóżka Tak

16 Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 400 mm do 780 mm (+/- 50 mm) gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka /nie dotykanie pełnymi stopami podłogi podczas opuszczania łóżka/. Tak

17 Regulacja wysokości z dźwiękowym wskaźnikiem osiągnięcia wysokości minimalnej Tak

18 Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 75 ° +/- 5 ° Tak

19 Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 50 ° +/- 5 ° Tak

20 Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków w barierkach bocznych i z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak

21 Funkcja autoregresji o parametrze minimum 11 cm niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-łędźwiowym a tym samym pełniąc funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom Tak

22 Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga 20 ° (+/- 4 °) – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak

23 Regulacja elektryczna pozycji anti-Trendelenburga 20 ° (+/- 4°)– sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. Tak

24 Elektryczna funkcja CPR z każdej pozycji do reanimacji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg Tak

25 Elektryczna pozycja antyszokowa z każdej pozycji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg Tak

26 Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych z diodową sygnalizacją stanu (na panelu sterowniczym) dla poszczególnych regulacji:

- regulacji wysokości
- regulacji części plecowej
- regulacji części nożnej
- regulacji pozycji Trendelenburga i anty- Trendelenburga
- sterowań nożnych Tak

27 Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji . Przycisk dostępności funkcji w sterowaniu: na panelu, w barierkach bocznych Tak

28 Odłączenie wszelkich regulacji z pilota, barierek, sterowań nożnych lub panelu po 180 sekundach nieużywania regulacji (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji) Tak

29 Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub też o innym oznaczeniu) natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze. System odłączający wszystkie sterowania: panel, pilot i sterowania nożne. System uniemożliwiający jakąkolwiek regulację nie tylko jako blokadę poszczególnych segmentów ale również deaktywujący przyciski z pozycjami programowalnymi. Tak

30 Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR Tak

31 Pojedyncze koła jezdne o średnicy 150 mm gwarantujące doskonałą mobilność łóżka Tak

32 Łóżko wyposażone w piąte koło kierunkowe

33 Bezpieczne obciążenie robocze 400 kg w pozycji horyzontalnej oraz Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 230 kg pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego Tak

34 Możliwość wyboru kolorystyki szczytów i barierek bocznych Tak

35 Wyposażenie

- wieszak do kroplówki
- materac o grubości 120 mm wykonany z piany poliuretanowej zapobiegającej odleżynom do drugiego stopnia włącznie. Twarda piana na krawędziach i na spodzie materaca zwiększająca komfort pacjenta. Materac posiadający nacięcia w okolicach głowy i pięt zmniejszające nacisk oraz specjalne profilowania w części centralnej dla najlepszej dystrybucji nacisku. Materac w pokryciu nie przepuszczającym płynów infuzyjnych a przepuszczającym powietrze. Pokrowiec z krytym zamkiem.

- Listwa z tworzywowymi uchwytami do worków urologicznych

- Wysuwana spod leża półka na pościel z miejscem do odłożenia panelu sterowniczego Tak

II Informacje dodatkowe

36 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

37 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą Podać

38 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą Podać

39 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów

40 Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek. Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Pomp infuzyjnych strzykawkowych w ilości 30 szt.

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa

z klawiaturą numeryczną [fabrycznie nowa, oznakowanie CE] TAK

1 Producent Podać

2 Model/typ Podać

3 Rok produkcji Podać

4 Możliwość stosowania strzykawek o różnych pojemnościach [minimum] 5/6 ml, 10 ml, 20 ml, 30 ml, 50/60 ml
Tak, podać

5 Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów krajowych i zagranicznych /minimum 5/ - podać nazwy producentów wykorzystywanych strzykawek Tak, podać

6 Automatyczne rozpoznawanie strzykawek Tak

7 Zakres szybkości dozowania [minimum] co 0,1 ml/h

0,1-2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml

0,1-1200 ml/h dla strzykawek 30/35 ml

0,1-1000 ml/h dla strzykawek 20 ml

0,1-600 ml/h dla strzykawek 10/12 ml

0,1-400 ml/h dla strzykawek 5/6 ml Tak, podać

8 Programowana szybkość podaży w jednostkach [minimum] ml/h, mg/h, µg/h, mg/kg/h, µg/kg/h, mg/kg/min, µg/kg/min Tak, podać

9 Dokładność szybkości dozowania +/-2% Tak

10 Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu Tak

11 Regulowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej [minimum] do 2000 ml/h co 0,1 dla strzykawek 50/60 ml Tak, podać

12 Programowane ciśnienie okluzji w zakresie [minimum] 300-900 mmHg co 75 mmHg Tak, podać

13 Możliwość podglądu lub zmiany parametrów w trakcie infuzji Tak

14 Możliwość zablokowania przycisków klawiatury Tak, podać

15 Możliwość programowania nazwy oddziału Tak, podać

16 Wewnętrzna lista leków [minimum] 30 nazw z możliwością dopisywania nazw leków przez użytkownika Tak, podać

17 Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku [minimum 12 profili] Tak, podać

18 Możliwość programowania prędkości, prędkości i objętości, prędkości i czasu, objętości i czasu Tak

19 Funkcja Stand-By programowana Tak, podać

20 Funkcja KVO programowalna w zakresie [minimum] 0-5 ml/h co 0,1 ml/h Tak, podać

21 Historia infuzji [minimum] 1500 zdarzeń Tak, podać

22 System kontroli i sygnalizacji stanów zagrażających życiu pacjenta wizualny i dźwiękowy. Podać listę alarmów. Tak, podać

23 Wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim Tak

- 24 Uchwyt umożliwiający zamocowanie pompy m.in. do stojaka Tak
25 Zasilanie sieciowe 100-240 V, 50/60 Hz (zasilacz wewnętrzny) Tak
26 Klasa ochronności [minimum] I, CF, odporność na defibrylację Tak
27 Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe [minimum] 20h przy przepływie 5 ml/h i 4h przy przepływie 100 ml/h Tak, podać
28 Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego Tak
29 Waga [max] 2,5 kg Tak, podać
- II Warunki gwarancji i serwisu
- 30 Okres gwarancji /minimum/ 24 miesiące od daty dostawy Tak, podać
31 Koszt serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatny Tak
32 Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia Tak, podać
33 Czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw licząc od chwili przyjęcia zgłoszenia /max/ 5 dni roboczych Tak, podać
34 Serwis na terenie Polski Tak, podać dane adresowe, tel, fax
35 Dostępność części zamiennych po ustaniu produkcji zaoferowanego modelu /minimum/ 10 lat Tak, podać
- Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
- Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Pomp infuzyjnych objętościowych w ilości 5 szt.
- L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana
- I Nazwa, typ, model pompy Podać
2 Producent Podać
3 Kraj pochodzenia Podać
4 Rok produkcji Podać
5 Certyfikat CE TAK
6 Pompa perystaltyczna, objętościowa przeznaczona do zastosowań w anestezji, intensywnej terapii, kardiologii, onkologii itp. TAK
7 Możliwość podglądu i zmiany parametrów w trakcie infuzji. Menu w języku polskim. TAK
8 Tryby pracy umożliwiające:
— programowanie w jednostkach objętościowych
— programowanie w jednostkach wagowych TAK
9 Funkcja bezpiecznego podawania dawki uderzeniowej BOLUS TAK
10 Wielostopniowy pomiar okluzji TAK
11 Wbudowana biblioteka leków i płynów infuzyjnych z możliwością modyfikacji TAK
12 Historia zdarzeń dostępna z pulpitu pompy i w postaci XML TAK
13 Możliwość długotrwałej pracy z akumulatora TAK podać
14 Detektor kropli:
z cyfrową filtracją zakłóceń, możliwość odłączania TAK
15 Szybkość dozowania:
1 — 1000 ml/godz. programowana co 0,1 ml/godz. TAK
16 Dokładność dozowania: <=5% TAK podać
17 Maksymalna objętość dozowania: 9 999 ml, programowana co 0,1 ml TAK
18 Maksymalny czas dozowania: 99 godz. 59 min. 59 sek. TAK
19 Szybkość dozowania w trybie KVO:

- 0 - 5 ml/godz programowana co 0,1 ml/h TAK
- 20 Szybkość dozowania w trybie BOLUS maks. 1500 ml/godz., ustawiana co 1 ml TAK podać
- 21 Programowane ciśnienie okluzji: płynne ustawianie w zakresie 40 - 80 kPa TAK
- 22 Ustawiania czułości detektora powietrza:
jednorazowo 0,01 - 0.05 ml powietrza, maks. 1 ml w ciągu 15 min. infuzji TAK podać
- 23 Zasilanie:
AC 230V 10%, 50/60 Hz lub 12 - 15 V DC TAK podać
- 24 Pobór mocy: maks. 20 VA TAK podać
- 25 Akumulator wewnętrzny: NiCd. TAK
- 26 Czas pracy z akumulatora:
min. 12 godz. przy szybkości 25 ml/godz. TAK podać
- 27 Warunki pracy urządzenia:
temperatura otoczenia od + 5 °C do + 40 °C
wilgotność względna 20% ÷ 90% TAK podać
- 28 Interfejs: RS 232 C TAK
- 29 Informacja o stanie naładowania akumulatora TAK
- 30 Wskaźnik ciśnienia infuzji TAK
- 31 Blokada zmiany parametrów hasłem TAK
- 32 Funkcja wypełniania drenu TAK
- 33 Historia infuzji: min. 1500 zdarzeń TAK podać
- 34 Wymagania bezpieczeństwa:
EN 60601-1,
EN 60601-1-2 (EMC),
EN 60601-2-24,
MDD 93/94/EEC TAK
- 35 Wyposażenie:
—przyrządy już kompatybilne z pompą bez zawartości ftalanów, wykonane z RB5, bez odcinka silikonowego w ilości 100 szt TAK
36. Okres gwarancji /minimum/ 24 miesiące od daty dostawy Tak, podać
Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Defibrylatora dwufazowego w ilości 1 szt.
L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana
- 1 Nazwa, typ, model defibrylatora Podać
- 2 Producent Podać
- 3 Kraj pochodzenia Podać
- 4 Rok produkcji Podać
- 5 Certyfikat CE TAK
- A Informacje ogólne TAK
- 6 Defibrylator dwufazowy z możliwością wykonania defibrylacji, kardiowersji I stymulacji przezskórnej TAK
- 7 Defibrylacja dorosłych i dzieci TAK
- 8 Ekran monitora: kolorowy, przekątna min. 6,5 cala, wykonana w technologii LCD TFT z aktywną matrycą TAK podać
- 9 Rozdzielczość min...: 640 x 480 pikseli TAK podać

- 10 Zasilanie z sieci 230 V/50Hz TAK
 - 11 Dwufazowa fala defibrylacji TAK
 - 12 Energia wstrząsu min. od 1 do 300 J TAK
 - 13 Energia dostępna na min. 19 poziomach TAK
 - 14 Czas ładowania do pełnej energii < 10 sek TAK opisać
 - 15 Defibrylacja ręczna – prowadzona przez twarde łyżki zewnętrzne dla dorosłych i zintegrowane mniejsze łyżki dla dzieci TAK podać
 - 16 Defibrylacja synchroniczna (kardiowersji), prowadzona przy użyciu łyżek defibrylatora TAK
 - 17 Monitorowanie EKG – poprzez kabel pacjenta 3 odprowadzeniowy umożliwiający obserwację 6 odprowadzeń EKG jednocześnie (I, II, III, aVr, aVI, aVf), TAK
 - 18 Zakres pomiaru HR min. od 15 do 300 u./min. TAK
 - 19 Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany w zakresie min. od 15 do 300 u./min TAK
 - 20 Alarm wizualny i dźwiękowy z możliwością zawieszenia i wyłączenia alarmu. TAK
 - 21 Pomiar oddechu w zakresie min. 5-120 oddechów/min. z prezentacją krzywej oddechu. TAK
 - 22 Alarm bezdechu w zakresie min. 5-45 s. TAK
 - 23 Stymulacja przezskórna. Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym TAK
 - 24 Częstotliwość stymulacji w zakresie co najmniej 30-170 imp./min TAK
 - 25 Natężenie prądu stymulacji w zakresie co najmniej 20-180 mA TAK
 - 26 Możliwość ustawienia przez użytkownika histerezy i czasu refrakcji TAK
 - 27 Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości min. 50 mm TAK
 - 28 Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości min. 50 mm TAK
 - 29 Automatyczny auto-test wykonywany bez udziału użytkownika TAK
 - 30 Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora fali EKG i krzywej pletyzmograficznej z ostatnich 6 godzin monitorowania oraz min. 500 zdarzeń defibrylator z możliwością kopiowania tych danych na kartę SD i odtwarzania w komputerze użytkownika TAK
 - 31 Zasilanie z akumulatora wewnętrznego z możliwością min. 1,5 godzinnego monitorowania pacjenta lub możliwość wykonania min. 50 defibrylacji maksymalną energią z zasilania akumulatorowego. TAK
 - 32 Możliwość nieograniczonego w czasie monitorowania i wykonania dowolnej liczby defibrylacji z zasilania sieciowego. TAK
 - 33 Ciężar samego defibrylatora z wbudowanymi parametrami wraz z akumulatorem i łyżkami twardymi dla dzieci i dorosłych poniżej 7 kg TAK
 - 34 Możliwość rozbudowy defibrylatora o:
 - moduł pomiaru SpO2 (technologia Nellcor)
 - moduł pomiaru NIBP TAK
- B Informacje dodatkowe
- 35 Gwarancja na sprzęt min 24 miesiące TAK
 - 36 Foldery produktu i instrukcja w języku polskim, szkolenie dla personelu OIT TAK
 - 37 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. TAK
 - 38 Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne TAK
 - 39 Serwis dostępny na terenie Polski TAK
 - 40 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym podać
 - 41 Koszt dostawy sprzętu ponosi dostawca TAK
- Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania

bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek. Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. systemu ogrzewania pacjenta w ilości 1 szt.

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I System ogrzewania pacjenta

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji 2014

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne

6 Zasilanie 220-230 V, 50/60 Hz Tak, podać

7 Aparat do ogrzewania pacjenta za pomocą ciepłego powietrza, wyposażony w zaczepek na przewód grzewczy Tak

8 Giętki przewód grzewczy wzmocniony drutem Tak

9 Zabezpieczenie termiczne poprzez termostat wewnętrzny Tak

10 Podstawa jezdna do aparatu (wózek z blokadą min. 2 kół oraz koszem na akcesoria) Tak

11 Możliwość zamocowania aparatu na zwykłym stojaku do kroplówek; łóżku pacjenta Tak

12 Urządzenie zabezpieczone filtrem antywirusowym i antybakteryjnym o wysokiej skuteczności filtracji (HEPA) Tak

13 Pięć poziomów temperatury: temperatura otoczenia, niski 34st, średni 40st, wysoki 45st, bardzo wysoki 47st. Tak

14 Opcja bardzo wysokiej temperatury 47st C, która po 45 minutach automatycznie przełącza się do trybu temperatury wysokiej aby nie poparzyć pacjenta. Tak

15 Kontrola przegrzania urządzenia. Powyżej zaprogramowanej wartości temperatury alarm optyczny i akustyczny oraz automatyczne wyłączenie grzałki Tak

16 Przepływ, wydajność urządzenia minimum 1200 l/min. Tak

17 Waga urządzenia max 7 kg±5% Tak

18 Licznik przepracowanych godzin Tak

19 Dostępne kołdry(koce) ogrzewające pacjenta w kilku rozmiarach, dostosowane do różnego rodzaju potrzeb. Koce powinny posiadać otwory do podłączenia przewodu grzewczego. Tak

20 Koce wykonane z wielowarstwowej tkaniny (bez lateksu) odpornej na rozdarcie, przebicie i zamoczenie. Materiał przezierny dla promieniowania rentgenowskiego, bez konieczności usuwania koca z ciała pacjenta przy wykonywaniu badań obrazowych. Materiał perforowany umożliwia równomierny, swobodny przepływ powietrza (bez kanałów sterujących przepływem powietrza). Zewnętrzna warstwa wykonana z nietkanego tworzywa, co eliminuje możliwość kontaktu rozgrzanych powierzchni ze skórą pacjenta. Tak

II Wyposażenie wspólne dla urządzeń

21 Koc na całe ciało, wymiary min.195x95cm –min.3 opakowania (25 sztuk/op) Tak

III Informacje dodatkowe

22 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

23 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak

24 Koszt serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatny Tak

- 25 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak
- 26 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak
- 27 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać
- 28 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać
- *w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.
- Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.
- Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.
- Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Ssaków elektrycznych w ilości 2 szt.
- Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli
- L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana
- I Ssak elektryczny
- 1 Urządzenie typ, model Podać
- 2 Producent/ Firma Podać
- 3 Kraj pochodzenia Podać
- 4 Rok produkcji
- 5 Oznakowanie CE Tak
- Parametry techniczne ssaka elektrycznego
- 6 Wydajność ssania Min 59 l/min Max 65 l/min
- 7 Maksymalne podciśnienie Nie mniejsze niż 70 kPa
- 8 Przystosowanie do pracy ciągłej Praca poniżej 55 dB
- 9 Butle do sterylizacji, przezroczyste – 2 szt. Tak, podać temperaturę
- 10 Pojemność butli Max 2 ltr
- 11 Wskaźnik podciśnienia w postaci manometru lub wyświetlacza Tak, podać
- 12 Wieloobrotowy regulator podciśnienia Tak, podać
- 13 Zabezpieczenie przed przepelnieniem butli Tak, podać
- 14 Panel sterujący na wysokości rąk z przyciskami sensorowymi Tak, podać
- 15 Zabezpieczenie przed zakażeniem przez stosowanie filtrów bakteryjnych Tak
- 16 Pedał nożny lub wyłącznik nożny zintegrowany z podstawą jezdną Tak
- 17 Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do butli Tak
- 18 Podstaw jezdna na kółkach z blokadą Tak
- 19 Waga ssaka Max 15 kg
- 20 Zasilanie 230 V, AC, 50/60 Hz Tak
- 21 Dreny do odsysania silikonowe, łączniki drenów Tak
- III Informacje dodatkowe
- 22 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
- 23 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak
- 24 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak
- 25 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak
- 26 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać

27 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1- 5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Ssaków próżniowych w ilości 7 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Ssak próżniowy

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne ssaka próżniowego

6 Wydajność maksymalna 250 ml/10 sek

7 Maksymalne podciśnienie 0 do – 1 bar

8 Regulacja ssania płynna za pomocą pokrętki membranowego Tak, opisać

9 Przepływ w zakresach 30 +/- 5 l/min Tak, podać

10 Pojemność pojemnika bezpieczeństwa 100 ml Tak, podać

11 Wskaźnik podciśnienia w postaci manometru Tak, podać

12 Warunki używania i przechowywania – wilgotność powietrza 70 % Tak, podać

13 Pojemnik zbiorczy jednolitrowy Tak, podać

14 Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do butli Tak, podać

15 Zabezpieczenie przed zakażeniem przez stosowanie filtrów bakteryjnych Tak

16 Możliwość mocowania do szyny Tak

17 Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do butli Tak

18 Komplet węży silikonowych: wąż łączący regulator z pojemnikiem bezpieczeństwa, wąż pomiędzy pojemnikiem zbiorczym a pacjentem oraz z końcówka aplikacyjna; do każdego ssaka Tak

19 Zastosowanie do systemu próżniowego centralnego Tak

Informacje dodatkowe

20 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

21 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak

22 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak

23 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1- 5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek. Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Resuscytatorów ambu w ilości 7 szt. Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Resuscytator Ambu

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne reuscytatora

6 Fabrycznie nowe Tak

7 Resuscytator silikonowy dla dorosłych o masie ciała powyżej 30 kg Tak

8 Całkowita objętość worka min 1500 ml Tak

9 Objętość oddechowa min 500 ml Tak

10 Aparat wielorazowego użytku Tak

11 Objętość rezerwuaru tlenu min 1500ml Tak, podać

12 Możliwość wielokrotnej sterylizacji w autoklawie w temperaturze 134°C Tak, podać

13 Maski oddechowe dla dorosłych nr 4 lub 5 Tak

14 Złącze wydechowe (do podłączenia zaworu PEEP) – min 20 mm Tak, podać

15 Informacje dodatkowe

16 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

17 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak

18 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak

19 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw. Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Laryngoskopów klasycznych w ilości 2 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Laryngoskop klasyczny Macintosh

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne laryngoskopu

6 Laryngoskop Macintosh w zestawie z trzema lub czterema łyżkami 2,3,4, lub 2,3,4,5 Tak, podać rozmiary

- 7 Laryngoskop wykonany ze stali nierdzewnej Tak
- 8 Łyżki wykonane ze stali nierdzewnej i niemagnetycznej lub magnetycznej o wysokiej trwałości Tak
- 9 Oświetlenie klasyczne za pomocą żarówki umieszczonej w łyżce Tak
- 10 Żarówka xenon umieszczona w łyżce Tak
- 11 Poziom jasności powyżej 3000lux Tak
- 12 Możliwość sterylizacji w temperaturze do 134°C i w roztworach sterylizacyjnych Tak
- 13 Zasilanie na baterie 2xR14 Tak
- 14 Kompatybilne z łyżkami jednorazowymi Tak

II Informacje dodatkowe

- 15 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
- 16 Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Wózka do transportu chorych w ilości 1 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Wózek do transportu chorych

- 1 Urządzenie typ, model Podać
- 2 Producent/ Firma Podać
- 3 Kraj pochodzenia Podać
- 4 Rok produkcji
- 5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne wózka do transportu chorych

- 6 Zakres regulacji wysokości leża Min 600mm Max 900mm
- 7 Wymiary zewnętrzne 1960x700mm (+/-10mm)
- 8 Dwusegmentowe leże Tak
- 9 Możliwość podnoszenia zagłówka Tak
- 10 Wykonane z stalowych rur pokrytych lakierem proszkowym Tak
- 11 Leże wykonane z płyty przepuszczalnej dla promieni RTG Tak
- 12 Regulacja wysokości leża za pomocą mechanizmu śrubowego Tak
- 13 Koła jezdne z indywidualną lub centralną blokadą jezdnią Tak
- 14 Bariery boczne, łatwe do opuszczania Tak
- 15 Wieszak kroplówki Tak
- 16 Materac leża z materiałów łatwozmywalnych i odpornych na działanie środków dezynfekcyjnych Tak
- 17 Funkcję transportową materaca Tak

II Informacje dodatkowe

- 18 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
- 19 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak
- 20 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak

21 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Słuchawek lekarskich w ilości 7 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli L.p. Parametr / warunek -Wymóg - Wartość oferowana

I Słuchawki lekarskie

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne słuchawek

6 Klasyczne słuchawki lekarskie Tak, podać rozmiary

7 Jedno lub dwustronna głowica Tak

8 Membrana przylegająca do ciała pacjenta Tak

9 Długość drenu powyżej 60 cm Tak

II Informacje dodatkowe

10 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

11 Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Materaców przeciwoleżynowych, ciśnieniowych z pneumatyczną pompą w ilości 7 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Materac przeciwoleżynowy, ciśnieniowy

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne materaca przeciwoleżynowego, ciśnieniowego

6 Wysokość materaca Min 15 cm

- 7 Wymiary 200 x 85 cm (+/-5 cm) Tak, podać
- 8 Nowoczesna konstrukcja materaca umożliwiająca odcinkowe usunięcie komór spod leżącego pacjenta celem realizowania terapii bezdotykowej Tak, opisać
- 9 Minimum 20 wymiennych komór poprzecznych umieszczonych w rzędach, napełniających się i opróżniających się na przemian, co druga na całej powierzchni materaca oraz posiadających zabezpieczenie antyrotacyjne Tak, opisać
- 10 Wykonany z elastycznego poliuretanu Tak
- 11 System komór spodnich stale wypełnionych powietrzem dla zabezpieczenia pacjenta przed kontaktem z konstrukcją łóżka Tak, podać
- 12 Funkcje szybkiego spuszczenia powietrza tzw CPR Tak
- 13 Wytrzymałość mechaniczna dla pacjenta Minimum 230 kg
- 14 Wzmocnione przewody materaca w pokrowcu Tak, podać
- 15 System dotleniania uciskanych tkanek Tak
- 16 Pokryty półprzepuszczalnym wzmocnionym pokrowcem poliuretanowym, wielokierunkowo rozciągliwym, zapinanym na zamek z możliwością mycia i dezynfekcji pokrowca w temp. 95 st. C i suszenia w temp. 110 st. C Tak
- 17 Funkcję transportową Minimum 2h
- Parametry techniczne pompy pneumatycznej
- 18 Manualna bezstopniowa regulacja ciśnienia w zakresie 20-60 mmHg (+/-5) Tak
- 19 Czas trwania pełnego cyklu Poniżej 15 minut
- 20 Wizualny i dźwiękowy alarm spadku napięcia Tak
- 21 Wyłącznik alarmu dźwiękowego Tak
- 22 Funkcje wyboru trybu statycznego Tak
- 23 Wydajność pompy Minimum 10 l/min
- 24 Gniazdo szybkozłączki do połączenia z materacem Tak
- 25 Wymienny, zewnętrzny, mechaniczny filtr powietrza Tak
- 26 Wymienny, zewnętrzny filtr antybakteryjny Tak
- 27 Zaczepy do zawieszenia pompy na łóżku Tak
- 28 Kabel sieciowy zasilający Minimum 400 cm
- 29 Zasilanie 230 V, AC, 50/60 Hz Tak

II Informacje dodatkowe

- 30 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
- 31 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak
- 32 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak
- 33 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak
- 34 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać
- 35 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Video-laryngoskopu z wyświetlaczem w ilości 1 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Video-laryngoskop

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne wziernika

6 Wziernik z oświetleniem LED białe diody Tak, podać

7 Możliwość zastosowania rurek intubacyjnych dla dorosłych Tak, podać rozmiary

8 Napięcie znamionowe

9 Kąt widzenia Min 75

10 Głębina ostrości od 4,5 – 55 mm

11 Metoda dezynfekcji Tak, podać

12 Metoda sterylizacji Tak, podać

13 Długość robocza Tak, podać

Parametry techniczne wyświetlacza LCD

14 Urządzenie zasilane z akumulatora Tak, podać

15 Wielkość wyświetlacza Min 2" kolor

16 Rozmiary wyświetlacza Szer. Min 7 mm

Wys Min 5,5mm

17 Waga Max 90 g

18 Automatyczna regulacja jasności Tak

19 Automatyczna regulacja kontrastu Tak

20 Czas ładowania akumulatora Do 90 min

21 Czas pracy na naładowanym w pełni akumulatorze Do 120 min

22 Ładowanie akumulatora z ładowarki sieciowej Tak, podać parametry

23 W komplecie zawarta ładowarka Tak

24 Standard video sygnału Podać

II Informacje dodatkowe

25 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

26 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak

27 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak

28 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak

29 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać

30 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Przenośnego bronchofiberoskopu intubacyjnego w ilości 1 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli L.p. Parametr / warunek - Wymóg Wartość oferowana

I Endoskop przenośny (bronchofiberoskop)

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne

6 Zasilanie źródłem światła o wadze do 0,8 kg Tak, podać

7 Endoskop przenośny zasilany bezprzewodową, baterijną lampą LED Tak

8 Wychylenia końcówki roboczej góra min 160 dół min 130

9 Pole widzenia Min 95

10 Średnica zewnętrzna sondy wzornika Max 5,5 mm

11 Przyłącze ssaka metalowe zamocowane na stałe do endoskopu Tak

12 Średnica kanału instrumentalnego Min 2,5 mm

13 Długość robocza Min 600 mm

14 Tester szczelności z manometrem Tak

15 Kleszcze chwytne wielorazowego użytku Tak

II Informacje dodatkowe

16 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

17 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak

18 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak

19 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak

20 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać

21 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Szafek przyłóżkowych bez blatu bocznego w ilości 7 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Szafki przyłóżkowe

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

- 3 Kraj pochodzenia Podać
- 4 Rok produkcji
- 5 Oznakowanie CE Tak
- Parametry techniczne szafek
- 6 Szafka dwustronna zapewniająca pełną funkcjonalność i dostęp do szuflad, drzwiczek kiedy będzie umieszczona z prawej lub lewej strony łóżka. Tak, podać rozmiary
- 7 Konstrukcja szafki kontenerowa wykonana ze stali lakierowanej, lub blachy ocynkowanej odpornej na działanie promieni UV oraz środków dezynfekcyjnych
- 8 Szerokość całkowita: 500 mm (+ 20 mm) Tak, podać rozmiary
- 9 Długość całkowita: 500 mm (+ 20 mm) Tak, podać rozmiary
- 10 Wysokość całkowita: 850 mm (+20 mm) Tak, podać rozmiary
- 11 Błat szafki wykonany z wysokociśnieniowego tworzywa sztucznego odpornego na środki dezynfekcyjne i wysoką temperaturę. Błat górny i boczny z galeryjką chroniącą przedmioty przed upadkiem. Błat górny z dwoma uchwytyami do przetaczania i prowadzenia szafki Tak
- 12 Szuflada górna wysuwana na prowadnicach. Drzwiczki dolne z mechanizmem samo domykającym. Tak
- 13 Czoło szuflady oraz drzwiczki wykonane z wysokociśnieniowego tworzywa odpornego na środki dezynfekcyjne oraz wysoką temperaturę. Szuflada i drzwiczki wyposażone w lakierowane uchwyty do otwierania Tak
- 14 Szafka przejezdna wyposażona w kółka na każdym z narożników. Tak
- 15 Koła szafki z indywidualną blokadą Tak
- 16 Szafka odporna na środki dezynfekcyjne Tak
- II Informacje dodatkowe
- 17 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
- 18 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą Podać
- 19 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą Podać
- 20 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów
- 21 Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak
- *w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.
- Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.
- Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.
- Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Wózka anestezjologicznego w ilości 1 szt.
- Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli
- L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana
- I Wózek anestezjologiczny
- 1 Urządzenie typ, model Podać
- 2 Producent/ Firma Podać
- 3 Kraj pochodzenia Podać
- 4 Rok produkcji
- 5 Oznakowanie CE Tak
- II Parametry techniczne wózka anestezjologicznego

- 6 Szkielet wózka, blat górny i czoła szuflad wykonane z materiału BAYDUR lub innego tworzywa charakteryzującego się wysoką wytrzymałością(porównywalne do stali) Tak , podać
- 7 Wymiary zewnętrzne min 800x 600x 900 Tak podać
- 8 Konstrukcja wózka wyposażona w centralny system zamknięcia wszystkich szuflad- zamykany na klucz Tak,opisać
- 9 Wózek wyposażony w szuflady Tak
- 10 Pojemnik szuflad jednoczęściowe –odlane w formie bez elementów łączenia Tak
- 11 Czoła szuflad z możliwością umieszczenia opisu zawartości Tak
- 12 Regulacja wysokości leża za pomocą mechanizmu śrubowego Tak
- 13 Blat zabezpieczony przed zsuwaniem się przedmiotów Tak
- 14 Wózek wyposażony w pojemniki na cewniki oraz do zużytych igieł Tak
- 15 Wózek wyposażony w uchwyt na butlę z tlenem Tak, opisać
- 16 W części górnej nadstawka z kieszeniami na leki Tak
- 17 Wyposażenie wózka zintegrowane w budowie nie zwiększające jego gabarytów Tak, opisać
- 18 Wózek zaopatrzony w uchwyt ułatwiający przemieszczanie wózka Tak, opisać
- 19 Układ jezdny wózka wyposażony w 4 kółka jezdne w sposób zwiększający zwrotność wózka Tak, opisać
- 20 Wieszak do kroplówki z regulacją wysokości w wyposażeniu wózka Tak

III Informacje dodatkowe

- 21 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
- 22 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak
- 23 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak
- 24 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Monitor do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi

- 1 Urządzenie typ, model Podać
- 2 Producent/ Firma Podać
- 3 Kraj pochodzenia Podać
- 4 Rok produkcji
- 5 Oznakowanie CE Tak

Pomiar rzutu serca

6 Ocena hemodynamiczna układu krążenia metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi drogą kaniulizacji jednego dostępu naczyniowego (dostęp tętniczy), bez użycia cewnika Swan-Ganza Tak ,opisać

7 Małoinwazyjna metoda pomiaru rzutu serca z wykorzystywaniem max 1 dostępu naczyniowego Tak, opisać

8 Parametry monitorowane lub wyliczane:

- rzut serca (CO);
— objętość wyrzutowa (SV);
— systemowy (obwodowy) opór naczyniowy (SVR);
— zmienność objętości wyrzutowej (SVV);
— saturacja w żyła głównej (Scvo2)
— saturacja krwi mieszanej (Svo2) Tak
- 9 Częstotliwość odświeżania danych pomiarowych: dla CCO co min. 20 sek Tak
- 10 Możliwość podawania parametrów w postaci indeksowanej:
— CI;
— SVI;
— SVRI
— DO2I
- Ekran urządzenia
- 11 Ekran zintegrowany z monitorem Tak
- 12 Aktywna kolorowa matryca TFT o przekątnej nie mniejszej niż 8”
Tak
- 13 Ekran o rozdzielczości nie mniejszej niż 800 x 480 pikseli
Tak
- 14 Wyświetlanie danych w postaci ekranów:
— ekranu graficznego;
— ekranu tabelarycznego;
— ekranu wartości cyfrowych Tak
- 15 Ekran trendów graficznych:
— wizualizacja minimum dwóch wartości w postaci cyfrowej, trendu graficznego;
— procentowy wskaźnik zmian mierzonego parametru w założonym przedziale czasowym dla każdego mierzonego parametru Tak, opisać
- 16 Ekran trendów tabelarycznych:
— możliwość wizualizacji cyfrowej do 5 parametrów monitorowanych w przedziałach czasowych od 1 minuty do 1 godziny Tak, opisać
- 17 Ekran wartości liczbowych:
— możliwość jednoczesnego wyświetlenia do 8 parametrów; Tak, opisać
- 18 Możliwość kalkulacji SVR, DO2 Tak, opisać
- 19 Czujniki do pomiarów hemodynamicznych ze zintegrowanym wyjściem sygnału IBP – 2 szt Tak,
- 20 Pamięć trendów monitora min. 72 godz. Tak
- 21 Waga aparatu poniżej 3 kg Tak
- 22 Monitor wyposażony w złącze szeregowe RS232, umożliwiające przesyłanie danych pomiarowych do zewnętrznych monitorów funkcji życiowych pacjenta Tak
- II Informacje dodatkowe
- 23 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
- 24 Koszt serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatny Tak
- 25 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak
- 26 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak
- 27 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak
- 28 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać

29 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą termodylucji przezpłucnej, analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Monitor do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą termodylucji przezpłucnej, analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Pomiar rzutu serca

6 Ocena hemodynamiczna układu krążenia metodą termodylucji przezpłucnej bez drogą kaniulacji obwodowego naczynia tętniczego i żyły głównej górnej, bez użycia cewnika Swan-Ganza Tak

7 Ocena hemodynamiczna układu krążenia metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi drogą kaniulizacji jednego dostępu naczyniowego (dostęp tętniczy), bez użycia cewnika Swan-Ganza Tak ,opisać

8 Ciągły pomiar saturacji żylniej przy pomocy wkłucia centralnego trójświatłowego z modulem optycznym Tak

9 Parametry monitorowane lub wyliczane:

— rzut serca (CO);

— objętość wyrzutowa (SV);

— systemowy (obwodowy) opór naczyniowy (SVR);

— zmienność objętości wyrzutowej (SVV);

— indeks pozanaczyniowej wody wewnątrzpłucnej (ELWI);

— indeks przepuszczalności naczyń płucnych (PVPI);

— indeks całkowitej objętości końcoworozkurczowej zawartej w jamach serca (GEDV);

— całkowita frakcja wyrzutowa (GEF);

— wewnątrzkatkowa objętość krwi (ITBV);

— indeks funkcji serca (CFI);

— wewnątrzpłucna objętość krwi (PBV);

— saturacja krwi żylniej (ScvO2); Tak

10 Częstotliwość odświeżania danych pomiarowych:

— dla CCO co min. 20 sek

— dla ScvO2 co min 2 sek. Tak

Ekran urządzenia

11 Ekran zintegrowany z monitorem Tak

12 Aktywna kolorowa matryca TFT o przekątnej nie mniejszej niż 10” Tak

- 13 Ekran o rozdzielczości nie mniejszej niż 800 x 480 pikseli Tak
- 14 Wyświetlanie danych w postaci ekranów:
- kokpit;
 - interwencyjny;
 - fizjologiczny;
 - drzewa decyzyjnego;
 - graficzny;
 - tabelaryczny;
 - wartości cyfrowych; Tak
- 15 Ekran typu „kokpit”:
- definiowany i wizualizowany kolorem przez Użytkownika zakres celów terapii i alarmów;
 - dynamiczny wskaźnik stanu mierzonej wielkości w postaci strzałki;
 - duże wartości cyfrowe mierzonych parametrów;
 - procentowy wskaźnik zmian mierzonego parametru w założonym przedziale czasowym; Tak, opisać
- 16 Ekran interwencyjny:
- możliwość wizualizacji trzech wartości w postaci trendu graficznego, wartości cyfrowych, procentowej zmiany od chwili podjęcia interwencji oraz stanu mierzonego parametru określonego kolorem. Tak, opisać
- 17 Ekran fizjologiczny
- możliwość jednoczesnej wizualizacji cyfrowej i w postaci animacji indeksu całkowitej objętości końcoworozkurczowej w jamach serca (GEDI), pozanaczyniowej wody wewnątrzpłucnej (EVLW), indeksu systemowego oporu obwodowego (SVRI) oraz zmienności objętości wyrzutowej (SVV);
- możliwość jednoczesnego wyświetlania wartości saturacji żylną (ScvO2); Tak, opisać
- 18 Ekran zależności danych:
- wyświetlanie powiązanych ze sobą parametrów hemodynamicznych związanych z obciążeniem wstępnym, obciążeniem następczym, kurczliwością oraz saturacją żylną;
 - parametry wyświetlane w postaci cyfrowej Tak, opisać
- 19 Ekran trendów graficznych:
- możliwość wyświetlania 1, 2, 3 lub 4 trendów graficznych monitorowanych parametrów;
 - jednoczesne wyświetlane w postaci cyfrowej bieżącej wartości; Tak, opisać
- 20 Ekran trendów tabelarycznych:
- możliwość wyświetlania 1, 2, 3 lub 4 trendów tabelarycznych (wartości cyfrowe) monitorowanych parametrów;
 - jednoczesne wyświetlane w postaci cyfrowej bieżącej wartości; Tak, opisać
- 21 Ekran wartości cyfrowych:
- duże wartości cyfrowe mierzonych parametrów;
 - procentowy wskaźnik zmian mierzonego parametru w założonym przedziale czasowym;
 - możliwość wizualizacji 1, 2, 3 lub 4 wartości jednocześnie Tak, opisać
- 22 Możliwość dodatkowego oznaczenie statusu wyświetlanych parametrów przy pomocy kolorowych wskaźników (zielony, żółty, czerwony) – powiązanych z zakresami alarmów Tak, opisać
- 23 Możliwość wprowadzenia poprawki związanej z resekcją płuca lub jego płata do obliczeń termodylucji przezpłucnej Tak, opisać
- 24 Pamięć trendów monitora min. 72 godz. Tak
- 25 Waga aparatu poniżej 3,5 kg Tak
- 26 Czujniki do pomiarów hemodynamicznych ze zintegrowanym wyjściem sygnału IBP – 2 szt
- 27 Podstawa jezdna do zamocowania monitora Tak

II Informacje dodatkowe

28 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

29 Koszt serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatny Tak

30 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak

31 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak

32 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak

33 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać

34 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

II.1.6) **Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

33100000, 33111000, 33123210, 33157400, 33192120, 33194110, 33182100, 33192300

II.1.7) **Informacje na temat Porozumienia w sprawie zamówień rządowych (GPA)**

Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA): nie

II.1.8) **Części**

To zamówienie podzielone jest na części: nie

II.1.9) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2) **Wielkość lub zakres zamówienia**

II.2.1) **Całkowita wielkość lub zakres:**

Szacunkowa wartość bez VAT: 798 287,73 PLN

II.2.2) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.3) **Informacje o wznowieniach**

Jest to zamówienie podlegające wznowieniu: nie

II.3) **Czas trwania zamówienia lub termin realizacji**

w dniach: 42 (od udzielenia zamówienia)

Sekcja III: Informacje o charakterze prawnym, ekonomicznym, finansowym i technicznym

III.1) **Warunki dotyczące zamówienia**

III.1.1) **Wymagane wadia i gwarancje:**

Zamawiający żąda zabezpieczenia oferty wadium w kwocie: 23 948,63 PLN,

Zgodnie z art. 45 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych wadium musi być wniesione przed upływem terminu składania ofert.

Wadium może być wnoszone w jednej lub kilku następujących formach:

1. pieniądzu

2. poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym

3. gwarancjach bankowych

4. gwarancjach ubezpieczeniowych

5. poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz.U. Nr 109, poz. 1158, z późn. zm.).

Wadium wnoszone w pieniądzu należy wpłacić na rachunek bankowy Zamawiającego: Nordea Bank 60 14401156 0000 0000 0079 9378

Wadium wnoszone w formie poręczeń bankowych, poręczeń spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, gwarancji ubezpieczeniowych, poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (t. jedn. Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 275, z późn. zm.) należy złożyć w formie oryginału w kasie Zamawiającego.

Z treści gwarancji (poręczenia) musi jednoznacznie wynikać, jaki jest sposób reprezentacji Gwaranta.

Gwarancja musi być podpisana przez upoważnionego (upelnomocnionego) przedstawiciela Gwaranta. Podpis musi być czytelny, umożliwiający jego identyfikację, np. złożony wraz z imienną pieczętką lub czytelny (z podaniem imienia i nazwiska). Z treści gwarancji musi wynikać bezwarunkowe, na każde pisemne żądanie Zamawiającego w terminie związania ofertą, zobowiązanie Gwaranta do wypłaty Zamawiającemu pełnej kwoty wadium w okolicznościach określonych w art. 46 ust. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Wadium musi być złożone najpóźniej do wyznaczonego terminu składania ofert, tj. do 15.09.2014 r. do godz. 8:30.

Wniesienie wadium w pieniądzu będzie skuteczne, jeżeli w podanym terminie znajdzie się na rachunku Zamawiającego. Wykonawca, który nie wniesie wadium lub nie zabezpieczy oferty akceptowaną formą wadium, zostanie wykluczony z postępowania, a jego oferta zostanie uznana za odrzuconą.

Zamawiający dokona zwrotu wadium zgodnie z art. 46 ust. 1, 2 i 4 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Zamawiający zażąda ponownego wniesienia wadium zgodnie z art. 46 ust. 4 ustawy Prawo zamówień publicznych. Zamawiający zatrzyma wadium wraz z odsetkami zgodnie z art. 46 ust. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych.

III.1.2) **Główne warunki finansowe i uzgodnienia płatnicze i/lub odniesienie do odpowiednich przepisów je regulujących:**

Płatność za wykonanie przedmiotu umowy następować będzie w systemie ratalnym w 36 równych miesięcznych ratach, z możliwością wcześniejszej spłaty, z odroczonym terminem spłaty - pierwsza rata płatna w terminie do końca lutego 2015 r.

III.1.3) **Forma prawna, jaką musi przyjąć grupa wykonawców, której zostanie udzielone zamówienie:**

W przypadku, gdy ofertę składa kilka podmiotów, oferta musi spełniać następujące warunki:

W przypadku, gdy ofertę składają wykonawcy ubiegający się wspólnie o udzielenie zamówienia, wymagane jest załączenie dokumentu pełnomocnictwa określającego zakres umocowania pełnomocnika ustanowionego do reprezentowania ich w postępowaniu lub do reprezentowania ich w postępowaniu oraz zawarcia umowy w sprawie przedmiotowego zamówienia publicznego, w myśl art. 23 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Jeżeli oferta Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia publicznego zostanie wybrana, Zamawiający może żądać przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego, umowy regulującej współpracę tych Wykonawców. Umowa konsorcjum powinna zawierać co najmniej: zobowiązanie do realizacji wspólnego przedsięwzięcia gospodarczego obejmującego swoim zakresem realizację przedmiotu zamówienia, określenie zakresu działania poszczególnych stron umowy, czas obowiązywania umowy, który nie może być krótszy niż okres realizacji zamówienia.

III.1.4) **Inne szczególne warunki**

Wykonanie zamówienia podlega szczególnym warunkom: nie

III.2) **Warunki udziału**

III.2.1) Sytuacja podmiotowa wykonawców, w tym wymogi związane z wpisem do rejestru zawodowego lub handlowego

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów: Wykonawca ubiegający się o przedmiotowe zamówienie nie może podlegać wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 i 2 ustawy Prawo zamówień publicznych oraz musi spełniać wszystkie warunki określone w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych. Na potwierdzenie spełniania tego warunku Wykonawca musi złożyć oświadczenia według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 i 4 do SIWZ oraz oświadczenia i dokumenty wymienione w punkcie 10 a), b), c), d), e), f) SIWZ.

W ramach warunku dotyczącego posiadania wiedzy i doświadczenia, Wykonawca ubiegający się o przedmiotowe zamówienie musi posiadać min. 3 dostawy (rozpoczęte i zakończone) sprzętu medycznego, zrealizowane w ciągu ostatnich 3 lat przed wszczęciem postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, każda o wartości brutto min 850 000,00 zł.

Spełnienie warunków udziału w postępowaniu oceniane będzie wg kryterium spełnia – nie spełnia, w oparciu o informacje zawarte w dokumentach i oświadczeniach wyszczególnionych w SIWZ. Z treści załączonych dokumentów musi jednoznacznie wynikać, że Wykonawca w/w warunki spełnił. Niespełnienie któregoś z w/w warunków skutkować będzie wykluczeniem Wykonawcy z postępowania, z zastrzeżeniem postanowień art. 26 ust. 3 i 4 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Dokumenty i oświadczenia stanowiące podstawę do oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu:

W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia Wykonawcy w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych, Zamawiający żąda od Wykonawców:

a) oświadczenia o braku podstaw do wykluczenia – wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 3 do SIWZ oraz

listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust.

5 pkt 5 lub oświadczenia o braku przynależności do grupy kapitałowej

b) aktualnego odpisu z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

c) aktualnego zaświadczenia właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, lub zaświadczenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert

d) aktualnego zaświadczenia właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert

e) aktualnej informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert

f) aktualnej informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert

W celu wykazania spełniania przez Wykonawcę warunków posiadania wiedzy i doświadczenia Wykonawca ubiegający się o przedmiotowe zamówienie musi złożyć wraz z ofertą:

g) wykaz wykonanych dostaw sprzętu medycznego w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku posiadania wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane należycie. Wzór wykazu wykonanych dostaw stanowi załącznik nr 8 do SIWZ.

Od Wykonawców, którzy mają siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Zamawiający żąda:

1. zamiast dokumentów wymienionych w punkcie 10 b), c), d), f) SIWZ Zamawiający żąda dokumentów wystawionych w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzających odpowiednio, że:

a) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości

b) nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu

c) nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie

2. zamiast dokumentów wymienionych w punkcie 10 e) SIWZ Zamawiający żąda:

a) zaświadczenia właściwego organu sądowego lub administracyjnego miejsca zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8, 10 i 11 ustawy.

Dokument, o którym mowa w punkcie 10.1.1 a) i c) oraz 10.1.2 a) SIWZ, powinien być wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

Dokument, o którym mowa w punkcie 10.1.1 b) SIWZ powinien być wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert

Jeżeli w miejscu zamieszkania osoby lub w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentu, o którym mowa w punkcie 10.1.1 a), b) i c) SIWZ, zastępuje się go dokumentem zawierającym oświadczenie złożone przed notariuszem, właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio miejsca zamieszkania osoby lub kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, lub przed notariuszem.

Oferta musi również zawierać następujące dokumenty i oświadczenia:

a) Wypełnione zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych – załącznik nr 1 do SIWZ

b) w przypadku reprezentowania Wykonawcy przez pełnomocnika, do oferty musi być załączony oryginał pełnomocnictwa lub jego kopia poświadczona notarialnie

c) oświadczenie Wykonawcy, że oferowany sprzęt spełnia właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej oraz, że Wykonawca posiada wszystkie wymagane dokumenty, potwierdzające, że oferowany sprzęt jest dopuszczony do obrotu i stosowania w jednostkach służby zdrowia i dostarczy je na każde wezwanie zamawiającego (wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 7 do SIWZ)

III.2.2) **Zdolność ekonomiczna i finansowa**

III.2.3) **Kwalifikacje techniczne**

III.2.4) **Informacje o zamówieniach zastrzeżonych**

III.3) **Specyficzne warunki dotyczące zamówień na usługi**

III.3.1) **Informacje dotyczące określonego zawodu**

III.3.2) **Osoby odpowiedzialne za wykonanie usługi**

Sekcja IV: Procedura

IV.1) **Rodzaj procedury**

- IV.1.1) **Rodzaj procedury**
Otwarta
- IV.1.2) **Ograniczenie liczby wykonawców, którzy zostaną zaproszeni do składania ofert lub do udziału**
- IV.1.3) **Zmniejszenie liczby wykonawców podczas negocjacji lub dialogu**
- IV.2) **Kryteria udzielenia zamówienia**
- IV.2.1) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Najniższa cena
- IV.2.2) **Informacje na temat aukcji elektronicznej**
Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna: nie
- IV.3) **Informacje administracyjne**
- IV.3.1) **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą:**
PN/22/2014
- IV.3.2) **Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia**
nie
- IV.3.3) **Warunki otrzymania specyfikacji, dokumentów dodatkowych lub dokumentu opisowego**
- IV.3.4) **Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**
15.9.2014 - 08:30
- IV.3.5) **Data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału zakwalifikowanym kandydatom**
- IV.3.6) **Języki, w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**
polski.
- IV.3.7) **Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą**
w dniach: 60 (od ustalonej daty składania ofert)
- IV.3.8) **Warunki otwarcia ofert**
Data: 15.9.2014 - 09:00
Miejscowość:
56-400 Oleśnica ul. Armii Krajowej 1
Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert: tak
Dodatkowe informacje o osobach upoważnionych i procedurze otwarcia: Wykonawcy mogą być obecni przy otwieraniu ofert

Sekcja VI: Informacje uzupełniające

- VI.1) **Informacje o powtarzającym się charakterze zamówienia**
Jest to zamówienie o charakterze powtarzającym się: nie
- VI.2) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: nie
- VI.3) **Informacje dodatkowe**
- VI.4) **Procedury odwoławcze**
- VI.4.1) **Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**
Krajowa Izba Odwoławcza
ul. Postępu 17a
02-676 Warszawa
POLSKA
Tel.: +48 224587801

Adres internetowy: <http://uzp.gov.pl>

Faks: +48 224587700

VI.4.2) **Składanie odwołań**

VI.4.3) **Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań**

Krajowa Izba Odwoławcza

ul. Postępu 17a

02-676 Warszawa

POLSKA

Tel.: +48 224587801

Faks: +48 224587700

VI.5) **Data wysłania niniejszego ogłoszenia:**

4.8.2014