****

**EZ/188/2023/MW**

**Załącznik nr 2.6 do SWZ**

**Załącznik nr ......... do Umowy**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet nr 6**

***Zadanie nr 1 - Ssak elektryczny -4 szt.***

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Rok produkcji: 2023

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Opis przedmiotu** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Wydajność: 18 l/min(mierzona w zakresie pracy za zbiornikiem na wydzieliny) | TAK, PODAĆ |  |
| 2 | Max. podciśnienie ≥ 75 kPa (563 mmHg) | TAK, PODAĆ |  |
| 3 | Zasilanie sieciowe 230VAC/50 H | TAK, PODAĆ |  |
| 4 | Bezobsługowa pompa tłokowa, niskoobrotowa | TAK |  |
| 5 | Bardzo precyzyjny membranowy regulator podciśnienia z blokadą ustawienia | TAK |  |
| 6 | Czas uzyskiwania podciśnienia od 0 do 75 kPa na zbiorniku 1 litrowym: 12 s | TAK, PODAĆ |  |
| 7 | Bardzo niski poziom hałasu max (42dB) | TAK, PODAĆ |  |
| 8 | Lekki i łatwy do przenoszenia: max 3,5 kg; | TAK, PODAĆ |  |
| 9 | Możliwość wyposażona w podstawę jezdną na 4 kółkach | TAK, PODAĆ |  |
| 10 | Wymiary: 360 x 170 x 285 mm +/- 5mm | TAK, PODAĆ |  |
| 11 | Nietłukące, autoklawowalne (nawet w 134ºC) zbiorniki wielorazowe na wydzielinę z PSUlub zbiorniki z PC do wkładów jednorazowych | TAK |  |
| 12 | Możliwość zastosowania wkładów jednorazowych | TAK |  |
| 13 | Obudowa z trwałego, odpornego materiału | TAK |  |
| 14 | Zbiornik 1 l z polsulfonianu lub zbiornik do wkładów jednorazowych 1,5l oraz wkłady jednorazowe | TAK |  |
| 15 | Dwustopniowe zabezpieczenie przeciwprzelewowe : filtry antybakteryjne/hydrofobowe i filtry w pokrywie wkładów jednorazowych | TAK |  |
| 16 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 18 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 19 | Certyfikat WE/ deklaracja zgodności CE na oferowany sprzęt. | Tak, podać numer oraz datę wystawienia |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – 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.

***Zadanie nr 2 – Fotel zabiegowy -1 szt.***

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Rok produkcji: 2023

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Opis przedmiotu** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Stanowisko do iniekcji ze zmiennym położeniem siedziska | TAK |  |
| 2 | Stelaż stalowy, lakierowany proszkowo na biało. Stelaż na stopkach nastawnych z możliwością poziomowania, wykonane z elastycznego materiału o bardzo dużej wytrzymałości, zapewniający doskonałe przyleganie do twardych podłoży eliminując efekt poślizgu | TAK |  |
| 3 | Siedzisko, oparcie i podłokietnik tapicerowane materiałem łatwozmywalnym i odpornym na dezynfekcję, kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego- min. 15 kolorów do wyboru | TAK |  |
| 4 | Taca ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 | TAK |  |
| 5 | Wymiary całkowite:790x635x870-990mm (+/- 5 mm)*[szerokoścxgłebokośćxwysokość]* | TAK, PODAĆ |  |
| 6 | Siedzisko obrotowe: 360 stopniRegulacja wysokości siedziska w zakresie: 445-565 mm (+/- 5 mm)Wymiary oparcia: 410x360 mm (+/- 5 mm)Wymiary siedziska: 410x360 mm (+/- 5 mm)Wymiary podłokietnika: 130x400 mm (+/- 5 mm)Wymiary tacy: 320x115x17 mm (+/- 5 mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 7 | Pozostałe wymagania |  |  |
| 8 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 9 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 10 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 11 | Certyfikat WE/ deklaracja zgodności CE na oferowany sprzęt. | Tak, podać numer oraz datę wystawienia |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – 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.

***Zadanie nr 3 – Aparat do szybkich przetoczeń -6 szt***

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Rok produkcji: 2023

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Opis przedmiotu** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Mankiet ciśnieniowy do szybkiej infuzji i transfuzji z automatycznym zaworem bezpieczeństwa dla opakowań: 1000ml | TAK, PODAĆ |  |
| 2 | Mankiet wykonany z transparentnego materiału umożliwiającego obserwację wtłaczanego płynu | TAK |  |
| 3 | Uchwyt do zawieszenia | TAK |  |
| 4 | Haczyk na opakowanie z płynem po wewnętrznej stronie kieszeni mankietu | TAK |  |
| 5 | Ogranicznik ciśnienia (zawór bezpieczeństwa) | TAK |  |
| 6 | Manometr ciśnienia z 360 st. czterokolorową skalą odczytu | TAK, PODAĆ |  |
| 7 | Trójdrożny zawór kranikowy  | TAK |  |
| 8 | Ergonomiczna wysokowydajna gruszka | TAK |  |
| 9 | Całość całkowicie zespolona bez możliwości jej ewentualnego rozłącznie | TAK |  |
| 10 | Możliwość stosowania w środowisku MRI do Tesla 7 | TAK |  |
| 11 | Produkt: Bezlateksowy. Opakowawanie: Pojedyńcze. | TAK |  |
| 12 | Pozostałe wymagania |  |  |
| 13 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 14 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 15 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 16 | Certyfikat WE/ deklaracja zgodności CE na oferowany sprzęt. | Tak, podać numer oraz datę wystawienia |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – 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.

***Zadanie nr 4 – Aparat do podgrzewania płynów infuzyjnych - 2 szt.***

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Rok produkcji: 2023

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Opis przedmiotu** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Suchy przepływowy podgrzewacz do krwi i płynów infuzyjnych | TAK |  |
| 2 | Wymiennik ciepła w postaci płyty grzewczej z wyprofilowanym kanałem o dł. minimum 60 cm | TAK, PODAĆ |  |
| 3 | Możliwość stosowania standardowych przyrządów do przetoczeń o średnicy 3,5 – 5 mm | TAK, PODAĆ |  |
| 4 | Czytelny wyświetlacz temperatury | TAK |  |
| 5 | Możliwość ustawienia temperatury grzania w zakresie 35° - 42°C co 0,1 ° C | TAK, PODAĆ |  |
| 6 | Alarm wysokiej temperatury | TAK |  |
| 7 | Zabezpieczenie przed przegrzaniem –alarm wysokiej temperatury oraz automatyczny, niezależnie działający wyłącznik bezpieczeństwa przy przekroczeniu temperatury o 3°C od temperatury ustawionej | TAK, PODAĆ |  |
| 8 | Prędkość przepływu: 25-600ml/h | TAK, PODAĆ |  |
| 9 | Wymiary urządzenia max: 145 x 80 x 40 mm (±5 mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 10 | Waga do 300g | TAK |  |
| 11 | Możliwość pracy ciągłej | TAK |  |
| 12 | Ochrona przed wnikaniem wody: min. IPX2 | TAK, PODAĆ |  |
| 13 | Klasa zabezpieczenia elektrycznego: I, BF | TAK, PODAĆ |  |
| 14 | Zasilanie 100-240 V, 50/60 Hz | TAK, PODAĆ |  |
| 15 | Maksymalna moc 50W | TAK, PODAĆ |  |
| 16 | Możliwość doposażenia podgrzewacza w zewnętrzną silikonową linię grzewczą o długości min. 80 cm z możliwością wykorzystania jak alternatywny mechanizm ogrzewania zapewniający wydajność do 1000 ml/h | TAK |  |
| 17 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 19 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 20 | Certyfikat WE/ deklaracja zgodności CE na oferowany sprzęt. | Tak, podać numer oraz datę wystawienia |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – 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.

***Zadanie nr 5 – Lampa zabiegowa -2 szt.***

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Rok produkcji: 2023

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Opis przedmiotu** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Lampa zabiegowa LED | TAK |  |
| 2 | Elastyczne, stabilne długie ramię typu "gęsia szyja" pozwalajace na dokładne oświetlenie badanego pola | TAK |  |
| 3 | Natężenie min. 50-60Hz | TAK, PODAĆ |  |
| 4 | Napięcie wyjściowe: 12V | TAK |  |
| 5 | Łączna moc diod min. 3 x 10W | TAK, PODAĆ |  |
| 6 | Średni czas żywotności diod min. 50000h | TAK, PODAĆ |  |
| 7 | Natężenie światła min.:135 000 lux - przy 30 cm, 45 000 lux - przy 50 cm, 12 000 lux - przy 100 cm, | TAK, PODAĆ |  |
| 8 | Temperatura barwowa min. 4750 K | TAK, PODAĆ |  |
| 9 | Wielkość plamki świetlnej: 13 cm - przy odległości 1 m | TAK, PODAĆ |  |
| 10 | Długość kabla zasilającego min. 4 m | TAK, PODAĆ |  |
| 11 | Długość lampy : 112 cm +/- 2 cm | TAK, PODAĆ |  |
| 12 | Długość gęsiej szyi: 90 cm +/- 2 cm | TAK, PODAĆ |  |
| 13 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 14 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 15 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 16 | Certyfikat WE/ deklaracja zgodności CE na oferowany sprzęt. | Tak, podać numer oraz datę wystawienia |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – 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.

***Zadanie nr 6 – Worek sako -10 szt.***

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Rok produkcji: 2023

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Opis przedmiotu** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Worek/ pufa wykonany z materiału o wysokiej odporności na ścieranie oraz środki dezynfekcyjne | TAK |  |
| 2 | Wymiary: 700x1400 mm +/- 20mm | TAK, PODAĆ |  |
| 3 | Wypełnienie: poliester | TAK |  |
| 4 | Atest PZH na tkaninę | TAK |  |
| 14 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 16 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – 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.

***Zadanie nr 7 – Stanowisko do przewijania noworodka -5 szt.***

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Rok produkcji: 2023

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Opis przedmiotu** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Stolik do pielęgnacji noworodków: 1xblat, 1xpółka koszowa | TAK |  |
| 2 | Blat z tworzywa ABS w kolorze białym, wyposażony w materacyk i otoczony z trzech stron bandami z tworzywa ABS o wysokości 70 mm (+/- 5mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 3 | Konstrukcja na stelażu z profilu aluminiowego lakierowanego proszkowo. Profil nośny z 2 kanałami montażowymi po wewnętrznej i zewnętrznej stronie , umożliwiający dowolną regulację wysokości wyposażenia dodatkowego oraz przystosowany do rozbudowy stolika w przyszłości o wyposażenie dodatkowe wyłącznie za pomocą elementów złącznych, bez konieczności wykonywania otworów. Kanały montażowe zaślepione elastyczną , wyjmowaną uszczelką zabezpieczającą przed gromadzeniem się brudu | TAK, PODAĆ |  |
| 4 | Podstawa stalowa wyposażona w koła łożyskowane w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 75 mm (białe), w tym dwa z blokadą, bieżnik z elastycznego tworzywa niebrudzący podłoża | TAK |  |
| 5 | Stolik posiada dodatkową półkę koszową, stalową lakierowaną proszkowo na wybrany kolor z palety RAL (min. 19 kolorów do wyboru) | TAK, PODAĆ |  |
| 6 | Materacyk tapicerowany materiałem łatwozmywalnym i odpornym na dezynfekcję, kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego - min. 15 kolorów do wyboru | TAK, PODAĆ |  |
| 7 | Kolorystyka elementów lakierowanych oraz materacyka do wyboru przez Zamawiającego (minimum 15 kolorów) | TAK, PODAĆ |  |
| 8 | Wymiary:- szerokość: 900 mm (+/- 20mm)- głębokość: 700 mm (+/- 20mm)- wysokość od podłoża do blatu: 900 mm (+/- 20mm)- wysokość całkowita stolika: 970 mm (+/- 20mm)- wymiar powierzchni użytkowej blatu: 800x645 mm (+/- 20mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 9 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 11 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 12 | Certyfikat WE/ deklaracja zgodności CE na oferowany sprzęt. | Tak, podać numer oraz datę wystawienia |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – 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.

***Zadanie nr 8 – Wózek zabiegowy -5 szt.***

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Rok produkcji: 2023

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Opis przedmiotu** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Stolik oddziałowy: 1xblat z szufladą, 2xkuweta, 2x szyna instrumentalna, 1x kosz na odpady, 1x pojemnik na zużyte igły, 1x pojemnik na rękawiczki, 1x uchwyt do prowadzenia | TAK |  |
| 2 | Stelaż aluminiowo - stalowy lakierowany proszkowo na biało, z kanałami montażowymi po wewnętrznej stronie, umożliwiający dowolną regulację wysokości półek, przystosowany do montażu wyposażenia dodatkowego wyłącznie za pomocą elementów złącznych bez konieczności wykonywania otworów. | TAK |  |
| 3 | Blat wykonany ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9, w formie wyjmowanej tacy | TAK |  |
| 4 | Szuflada stalowa lakierowana proszkowo na kolor biały | TAK |  |
| 5 | Stolik wyposażony w koła w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy min. 75 mm, w tym dwa z blokadą | TAK, PODAĆ |  |
| 6 | Stolik wyposażony w blat, szufladę i dwie kuwety wykonanane z tworzywa sztucznego | TAK |  |
| 7 | Stolik wyposażony dodatkowo w:- 2x odcinek szyny instrumentalnej wykonanej ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9, narożniki zabezpieczone- 1x kosz na odpady z tworzywa sztucznego z pokrywą wahadłową- 1x uchwyt z pojemnikiem na zużyte igły, z mocowaniem na szynę, uchwyt ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 - możliwość dostosowania uchwytu do rozmaru pojemnika Zamawiającego;- 1x pojemnik na rękawiczki wykonany ze stali lakierowanej proszkowo, obudowany z trzech stron, wymiary: 135x85x230mm (+/- 5 mm);- 1x wygodny uchwyt do prowadzenia z kształtownika o przekroju 20x20 mm (+/- 3 mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 8 | Wymiary:- szerokość: 900 mm (+/- 20mm)- głębokość: 700 mm (+/- 20mm)- wysokość od podłoża do blatu: 900 mm (+/- 20mm)- wysokość całkowita stolika: 970 mm (+/- 20mm)- wymiar powierzchni użytkowej blatu: 800x645 mm (+/- 20mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 9 | Wymiary całkowite: 490x480x890 mm (+/- 20mm) *[szerokośćxgłębokośćxwysokość]* | TAK, PODAĆ |  |
| 10 | Wymiary powierzchni użytkowej blatu: 358x288x17 mm (+/- 20mm)Wymiary szuflady: 335x385x155 mm (+/- 20mm)Wymiary powierzchni użytkowej szuflady: 260x345x125 mm (+/- 20mm)Wymiary kuwety: 395x325x65 mm (+/- 20mm)Wymiary powierzchni użytkowej kuwety: 335x260x60 mm (+/- 20mm)*[szerokośćxgłębokośćxwysokość]* | TAK, PODAĆ |  |
| 11 | Wymagania dodatkowe |  |  |
| 12 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 13 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 14 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 15 | Certyfikat WE/ deklaracja zgodności CE na oferowany sprzęt. | Tak, podać numer oraz datę wystawienia |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – 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.

***Zadanie nr 9 – Mikrofala do dezynfekcji końcówek do laktatora -1 szt.***

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Rok produkcji: 2023

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Opis przedmiotu** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Mikrofala o pojemności min. 20 l | TAK, PODAĆ |  |
| 2 | Sterowanie mechaniczne | TAK |  |
| 3 | Moc mikrofal min. 700  | TAK, PODAĆ |  |
| 4 | Wymiary: 357x440x259 mm +/- 5 mm | TAK, PODAĆ |  |
| 5 | Funkcja podgrzewania i rozmrażania | TAK |  |
| 6 | Oświetlenie wnętrza | TAK |  |
| 7 | Wyposażenie : talerz | TAK |  |
| 8 | 5 programów automatycznego podgrzewania i gotowania, Funkcja rozmrażania czasowego i wagowego, Timer, Wewnętrzne oświetlenie | TAK, PODAĆ |  |
| 9 | Funkcja rozmrażania czasowego i wagowego | TAK |  |
| 10 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 11 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 12 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – 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.

***Zadanie nr 10 – Stolik mobilny -5 szt.***

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Rok produkcji: 2023

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Opis przedmiotu** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Stolik zabiegowy wykonany ze stali lakierowanej proszkowo | TAK |  |
| 2 | Stelaż ze stalowego giętego profilu kwadratowego o przekroju min. 25x25 mm, lakierowanego proszkowo, z szynami instrumentalnym i uchwytami do prowadzenia skierowanymi ku górze stanowiącymi stały element stabilnej konstrukcji. | TAK, PODAĆ |  |
| 3 | Stolik wyposażony w szufladę i blat z pogłębieniem (wysokość frontu szuflady 1x130 mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 4 | Blat stanowiący wierzchnią część korpusu szuflady oraz blat w dolnej części wózka z pogłębieniem | TAK |  |
| 5 | Stelaż wyposażony w odboje oraz 4 wysoce mobilne koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 100 mm w kolorze białym, w tym dwa z blokadą. | TAK, PODAĆ |  |
| 6 | Elementy dekoracyjne: stelaż, front szuflady, lakierowane proszkowo na kolor wg palety RAL - min. 19 kolorów do wyboru przez Zamawiającego | TAK, PODAĆ |  |
| 7 | Wymiary stolika bez wyposażenia dodatkowego:- szerokość: 570 mm (+/-20 mm)- głębokość: 550 mm (+/-20 mm)- wysokość: 900 mm (+/-20 mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 8 | Wymiary blatu/półki: - szerokość: 450 mm (+/-20 mm) - głębokość: 500 mm (+/-20 mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 9 | Wymiary powierzchni użytkowej blatu/półki: - szerokość: 400 mm (+/-20 mm)- głębokość: 450 mm (+/-20 mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 10 | Wymiary szuflady:- szerokość: 450 mm (+/-20 mm)- głębokość: 500 mm (+/-20 mm)- wysokość: 155 mm (+/-20 mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 11 | Wymiary powierzchni użytkowej szuflady:- szerokość: 375 mm (+/-20 mm)- głębokość: 430 mm (+/-20 mm)- wysokość: 105 mm (+/-20 mm) | TAK, PODAĆ |  |
| 12 | Pozostałe wymagania |  |  |
| 13 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 14 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 15 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 16 | Certyfikat WE/ deklaracja zgodności CE na oferowany sprzęt. | Tak, podać numer oraz datę wystawienia |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – 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.

***Zadanie nr 11 – Krzesło porodowe -2 szt.***

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Rok produkcji: 2023

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Opis przedmiotu** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Krzesło porodowe o **stabilnej** szerokiej podstawie i zaokrąglonej sztywnej obudowie  | TAK |  |
| 2 | Uniwersalna wysokość i szerokość siedziska odpowiednia dla wszystkich typów budowy kobiety | TAK, PODAĆ |  |
| 3 | Optymalnie wyprofilowana linia krzesła: obły kształt, płaszczyzna siedziska odpowiednio szeroka i odchylona w tył i na bok | TAK, PODAĆ |  |
| 4 | Duża wyprofilowana wnęka siedziska zapewniająca dobry widok oraz swobodny dostęp w trakcie czynności okołoporodowych. | TAK |  |
| 5 | Gładka, wodoodporna powierzchnia: łatwa w utrzymywaniu czystości, przystosowana do używania krzesła pod prysznicem lub w wannie | TAK, PODAĆ |  |
| 6 | Materiał: laminat poliestrowo-szklany, uchwyty ze stali nierdzewnej oraz silikonowa nakładka na siedzisko | TAK, PODAĆ |  |
| 7 | Możliwość dezynfekcji środkami powszechnie stosowanymi w placówkach służby zdrowia | TAK, PODAĆ |  |
| 8 | Wymiary: 450x560x370mm +/- 10mm | TAK, PODAĆ |  |
| 9 | Pozostałe wymagania |  |  |
| 10 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 11 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 12 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 13 | Certyfikat WE/ deklaracja zgodności CE na oferowany sprzęt. | Tak, podać numer oraz datę wystawienia |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – 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.

***Zadanie nr 12 – Fotel dla rodzącej -2 szt.***

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Rok produkcji: 2023

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Opis przedmiotu** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Fotel z podnóżkiem dla rodzącej | TAK |  |
| 2 | Fotel na okrągłej drewnianej podstawie umożliwiającej bujanie się | TAK, PODAĆ |  |
| 3 | Podłokietniki tapicerowane | TAK, PODAĆ |  |
| 4 | Fotel i podnóżek tapicerowane materiałem łatwozmywalnym | TAK |  |
| 5 | Wymiary: 710x760x1040mm +/- 10mm | TAK, PODAĆ |  |
| 9 | Pozostałe wymagania |  |  |
| 10 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 11 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 12 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – 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.

***Zadanie nr 13 – Waga dla niemowląt -6 szt.***

Producent …………………………………………………………………………………..

Model urządzenia ………………………………………………………..

Rok produkcji: 2023

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I | **Opis przedmiotu** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Nośność: 20 kg | TAK, PODAĆ |  |
| 2 | Podziałka: 5g< 10kg >10g | TAK, PODAĆ |  |
| 3 | Waga wyposażona w szalkę wykonaną z wysokiej jakości tworzywa sztucznego - "ciepła w dotyku" | TAK |  |
| 4 | Masa własna: 4,1 kg | TAK, PODAĆ |  |
| 5 | Zasilanie: baterie i zasilacz ( w zestawie) | TAK |  |
| 6 | Wymiary: 670 (szer.) x 330 (głęb.) x 125 (wys.) mm +/- 5mm | TAK, PODAĆ |  |
| 7 | Funkcja: TARA, Hold, Automatyczne wyłączanie, f**unkcja mleka** - **która ułatwia rejestrowanie ilości spożytego mleka przez dziecko** | TAK |  |
| 8 | Klasa dokładności: III, waga legalizowana | TAK |  |
| 9 | Cztery regulowane gumowe nóżki do regulacji równowagi wagi | TAK |  |
| 10 | Wyświetlacz LCD | TAK |  |
| 11 | Waga wyposażona w wbudowaną poziomicę | TAK |  |
| 12 | Złącze USB | TAK |  |
| 13 | Pozostałe wymagania | TAK |  |
| 14 | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SWZ* |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 16 | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 17 | Certyfikat WE/ deklaracja zgodności CE na oferowany sprzęt. | Tak, podać numer oraz datę wystawienia |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – 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.