**Znak sprawy: EZ/127/2025/ESŁ**

**Załącznik nr 2.5 do SWZ**

*(Załącznik nr ………. do umowy)*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-FUNKCJONALNYCH**

**Pakiet nr 5 – Doposażenie Przychodni Przyszpitalnej**

**Poz. 1 – Kozetka lekarska zabiegowa – 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent** |  |
| **Nazwa / model / typ / nr katalogowy** |  |
| **Rok produkcji (min. 2025 r.)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów techniczno-funkcjonalnych** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
| 1 | Konstrukcja stołu oparta na ramionach wznoszących wykonanych z profili stalowych malowanych proszkowo zakończonych kołami zamiast stopek gumowych | TAK |  |
| 2 | Stół dwu sekcyjny, segment leża (stały) i segment zagłówka wykonane z płyty wiórowej, pokrytej pianką poliuretanową i tapicerką bezszwową odporną na działanie środków dezynfekujących i promieni UV | TAK |  |
| 3 | Segment zagłówka z otworem na twarz z zatyczką | TAK |  |
| 4 | Tapicerka dopuszczona do stosowania w placówkach służby zdrowia, posiadająca atest niepalności. Tapicerka segmentów leża bezszwowa | TAK |  |
| 5 | Elektryczna regulacja wysokości za pomocą silnika regulowanego pilotem ręcznym | TAK |  |
| 6 | Zakres regulacji wysokości leża 540 do 945 mm | TAK, podać |  |
| 7 | Regulacja zagłówka za pomocą sprężyny gazowej z dźwignią do regulacji umieszczoną pod zagłówkiem w miejscu łatwego dostępu | TAK |  |
| 8 | Zakres regulacji zagłówka +43° do -74° | TAK, podać |  |
| 9 | Stopień ochrony przed wpływem środowiska IPX6 | TAK |  |
| 10 | System jezdny wyposażony w 4 koła skrętne z blokadą. 4 koła o średnicy ø125, każde koło z indywidualną blokadą | TAK |  |
| 11 | Długość zagłówka 430 mm, długość segmentu leża ( stałego)1490 mm | TAK, podać |  |
| 12 | Całkowita długość leża 1960 mm , szerokość leża 700mm | TAK, podać |  |
| 13 | Maksymalne dopuszczalne obciążenie 350 kg | TAK, podać |  |
| 14 | Całkowita Waga stołu nie więcej niż 74 kg | TAK, podać |  |
| 15 | Stół wyposażony w barierki boczne składane | TAK |  |
| 16 | Każdy stół wyposażony w uchwyt na papier jednorazowy umieszczony na krótszym boku. Możliwość montowania papieru bez użycia narzędzi | TAK |  |
| 17 | Miękkie leże tapicerowane - min. 20 kolorów tapicerki do wyboru przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | **Pozostałe:** |  |  |
| 18 | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK | ***Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym.*** *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w SWZ.* |
| 19 | Karta gwarancyjna w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |

**Parametry wymagane zaznaczone „TAK” stanowią parametry graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji przedmiotu zamówienia.**

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty dokumentach przedmiotowych wraz z tłumaczeniem na język polski.**

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

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne w zakresie niezbędnym do eksploatacji i zostanie dostarczone w pełni skonfigurowane i zmontowane w zakresie niezbędnym do użytkowania.

**Poz. 2 – Stojak do kroplówek – 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent** |  |
| **Nazwa / model / typ / nr katalogowy** |  |
| **Rok produkcji (min. 2025 r.)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów techniczno-funkcjonalnych** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
| 1 | Stabilna konstrukcja | TAK |  |
| 2 | Podstawa (pięcionóg) wyposażona w koła jezdne | TAK |  |
| 3 | Regulacja wysokości dokonywana za pomocą układu zaciskowego (pokrętło, śruba mocująca) | TAK |  |
| 4 | Statyw w całości pokryty warstwą chromu | TAK |  |
| 5 | Wieszak z dwoma uchwytami na pojemniki z płynem | TAK |  |
| 6 | Wysokość min. 1100 – max. 2000 mm | TAK, podać |  |
| 7 | Średnica podstawy max 680 mm | TAK, podać |  |
|  | **Pozostałe:** |  |  |
| 8 | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK | ***Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym.*** *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w SWZ.* |
| 9 | Karta gwarancyjna w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |

**Parametry wymagane zaznaczone „TAK” stanowią parametry graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji przedmiotu zamówienia.**

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty dokumentach przedmiotowych wraz z tłumaczeniem na język polski.**

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

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne w zakresie niezbędnym do eksploatacji i zostanie dostarczone w pełni skonfigurowane i zmontowane w zakresie niezbędnym do użytkowania.

**Poz. 3 – Ciśnieniomierz – 10 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent** |  |
| **Nazwa / model / typ / nr katalogowy** |  |
| **Rok produkcji (min. 2025 r.)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów techniczno-funkcjonalnych** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
| 1 | Naramienny ciśnieniomierz automatyczny | TAK |  |
| 2 | Wskaźnik prawidłowo założonego mankietu: wskazuje, czy mankiet został poprawnie założony, czy nie jest zbyt luźny lub zapięty zbyt ciasno. | TAK |  |
| 3 | Wskaźnik poziomu ciśnienia krwi: wskaźnik wynikający z porównania zmierzonej wartości ciśnienia krwi do wartości odniesienia. | TAK |  |
| 4 | Czujnik ruchu: wykrywanie niepożądanego ruchu ciała. | TAK |  |
| 5 | Funkcja wykrywania nieregularnej pracy serca: funkcja wykrywania nieregularnej pracy serca (nieregularnego tętna) pokazuje, że wykryto nieregularne tętno, co pozwala wyświetlać tylko wiarygodne wyniki | TAK |  |
| 6 | Wyświetlacz: cyfrowy LCD | TAK |  |
| 7 | Metoda pomiarowa: oscylometryczna | TAK |  |
| 8 | Zakres pomiarowy: ciśnienie 0-299 mmHg, tętno 40 - 180 uderzeń/min | TAK, podać |  |
| 9 | Pompowanie: automatyczne | TAK |  |
| 10 | Wypuszczanie powietrza: automatyczne przez sterowany zawór spustowy | TAK |  |
| 11 | Zasilanie: 4 baterie alkaliczne AA (paluszki) lub zasilacz sieciowy | TAK |  |
| 12 | Wymiary: max 10,7 x 7,9 x 14,1 cm. | TAK, podać |  |
| 13 | Wymiary mankietu: 22-42 cm. | TAK |  |
| 14 | Mankiet 360° | TAK |  |
| 15 | **W zestawie:**   * Ciśnieniomierz naramienny * Mankiet 360° (22-42cm) * Baterie 4 sztuki * Etui miękkie * Instrukcja obsługi w języku polskim * Zasilacz sieciowy | TAK, podać |  |
|  | **Pozostałe:** |  |  |
| 16 | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK | ***Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym.*** *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w SWZ.* |
| 17 | Karta gwarancyjna w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |

**Parametry wymagane zaznaczone „TAK” stanowią parametry graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji przedmiotu zamówienia.**

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty dokumentach przedmiotowych wraz z tłumaczeniem na język polski.**

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

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne w zakresie niezbędnym do eksploatacji i zostanie dostarczone w pełni skonfigurowane i zmontowane w zakresie niezbędnym do użytkowania.

**Poz. 4 – Kozetka lekarska zabiegowa – 3 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent** |  |
| **Nazwa / model / typ / nr katalogowy** |  |
| **Rok produkcji (min. 2025 r.)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów techniczno-funkcjonalnych** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
| 1 | Stelaż kozetki wykonany z profili stalowych o przekroju 25x25 mm malowany proszkowo, stabilny stelaż | TAK |  |
| 2 | Leże dwusegmentowe wykonane z płyty wiórowej o grubości 16 mm obłożonej pianką poliuretanową o grubości 40 mm. Tapicerka bezszwowa wykonana z materiału zmywalnego, łatwa do dezynfekcji, odporna na środki dezynfekcyjne stosowane w placówkach służby zdrowia, odporna na promieniowanie UV | TAK |  |
| 3 | Regulacja zagłówka za pomocą mechanizmu samohamującego w zakresie +/- 40° | TAK |  |
| 4 | Koła o średnicy 75 mm w obudowie metalowej, 2 z blokadą | TAK |  |
| 5 | Stół wyposażony w uchwyt na podkład jednorazowy w rolce umiejscowiony pod segmentem zagłówka. Możliwość zamocowania rolki o szerokości 550 mm | TAK |  |
| 6 | Wymiary kozetki (tolerancja) 5% :  Całkowita szerokość 550 mm  Całkowita długość 1880 mm  Całkowita wysokość 510 mm  Dopuszczalne obciążenie 180 kg  waga kozetki 29 kg | TAK |  |
| 7 | Możliwość wyboru koloru tapicerki na etapie realizacji zamówienia spośród 20 kolorów | TAK |  |
|  | **Pozostałe:** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK | ***Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym.*** *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w SWZ.* |
|  | Karta gwarancyjna w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |

**Parametry wymagane zaznaczone „TAK” stanowią parametry graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji przedmiotu zamówienia.**

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty dokumentach przedmiotowych wraz z tłumaczeniem na język polski.**

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

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne w zakresie niezbędnym do eksploatacji i zostanie dostarczone w pełni skonfigurowane i zmontowane w zakresie niezbędnym do użytkowania.

**Poz. 5 – Wózek reanimacyjny – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent** |  |
| **Nazwa / model / typ / nr katalogowy** |  |
| **Rok produkcji (min. 2025 r.)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów techniczno-funkcjonalnych** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
| 1 | Wózek reanimacyjny 5 szufladowy | Tak |  |
| 2 | Konstrukcja wózka oparta na czterech aluminiowych kolumnach konstrukcyjne z rowkiem w którym można mocować wyposażenie dodatkowe na całej długości | Tak |  |
| 3 | Wymiary wózka:  - max. szerokość: 650 mm  - max. głębokość: 475 mm  - max. wysokość: 970 mm | Tak |  |
| 4 | Trzy relingi montowane na blacie górnym zabezpieczenie przed zsuwaniem się pojemników i sprzętu medycznego z blatu roboczego. | Tak |  |
| 5 | Górny blat roboczy wykonany z płyty ze stali nierdzewnej | Tak |  |
| 6 | Górny blat zabezpieczony z czterech stron burtami zapobiegającymi wylewaniu się płynów. | Tak |  |
| 7 | Ścianki boczne i tylna wykonane z lekkiego panelu kompozytowego aluminiowego | Tak |  |
| 8 | Fronty szuflad wykonane z lekkiego stopu aluminiowego lakierowanego proszkowo. Uchwyty szuflad wykonane z plastiku. | Tak |  |
| 9 | Wszystkie szuflady wyposażone w wyciągane podziałki do segregacji leków – rozwiązanie pozwalające na segregowanie zawartości szuflad. | Tak |  |
| 10 | W każdej z szuflad maty antypoślizgowe | Tak |  |
| 11 | Minimum trzy szyny aluminiowe do montowania wyposażenia. | Tak |  |
| 12 | Szyny montowane w taki sposób aby można regulować ich wysokością.  Nie dopuszcza się szyn montowanych na stałej wysokości. | Tak |  |
| 13 | Dodatkowy wysuwany blat boczny wykonany z plastiku | Tak |  |
| 14 | Minimalna nośność szuflady 20 kg | Tak |  |
| 15 | Centralny zamek zamykający wszystkie szuflady | Tak |  |
| 16 | Wózek wyposażony jest w 4 podwójne cichobieżne kółka-w tym dwa z blokadą jazdy. Nie dopuszcza się pojedynczych kół. | Tak |  |
| 17 | Wieszak kroplówki z czterema hakami, zapewniający możliwość przygotowania i transportu większej ilości kroplówek | Tak |  |
| 18 | Wysokość szuflad: 1 szuflada: 23 cm, 4 szuflady: 11 cm | Tak |  |
| 19 | Wyposażenie:  - płyta reanimacyjna  - półka pod ssak,  - ssak o wymiarach 35x18x21 cm (+/- 2cm), przepływ: 30 - 40l/min., maksymalne podciśnienie (regulowane): -0.80 bar -80 kPa -600 mmHg,  - wieszak kroplówki,  - dodatkowy wysuwany blat roboczy z boku wózka,  - przedłużacz elektryczny na 5 gniazd (do podłączania aparatury medycznej),  - dwa kosze plastikowe (pojemność każdego z koszy min 6l ),  - druciany kosz na akcesoria medyczne (długość: 23 x głębokość: 10 x wysokość:11cm) a w nim pojemnik na zużyte igły,  - kosz na butlę z tlenem,  - ruchomy uchwyt do przetaczania z możliwością zmiany jego wysokości. | Tak |  |
|  | **Pozostałe:** |  |  |
| 20 | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK | ***Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym.*** *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w SWZ.* |
| 21 | Karta gwarancyjna w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 22 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |

**Parametry wymagane zaznaczone „TAK” stanowią parametry graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji przedmiotu zamówienia.**

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty dokumentach przedmiotowych wraz z tłumaczeniem na język polski.**

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

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne w zakresie niezbędnym do eksploatacji i zostanie dostarczone w pełni skonfigurowane i zmontowane w zakresie niezbędnym do użytkowania

**Poz. 6 – Wózek pielęgniarski – 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent** |  |
| **Nazwa / model / typ / nr katalogowy** |  |
| **Rok produkcji (min. 2025 r.)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów techniczno-funkcjonalnych** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
| 1 | Wózek/stolik oddziałowy wyposażony w :  -1 x blat w formie wyjmowanej tacy o wym. 380x390x18 mm (+/- 5 mm)  -2 x blat w formie wyjmowanej tacy o wym. 320x390x18 mm (+/- 5 mm)  -1 x wygodny uchwyt do prowadzenia | TAK, podać |  |
| 2 | Wózek wykonany w całości ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 | TAK |  |
| 3 | Wózek wyposażony w koła w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy min. 75 mm, w tym dwa z blokadą | TAK, podać |  |
| 4 | Blaty wykonane ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9, w formie wyjmowanej tacy | TAK |  |
| 5 | Wyposażenie dodatkowe:  - 1 x kosz na akcesoria, ze stali kwasoodpornej gat. 0H18N9 o wym. 295x95x85mm (+/- 5 mm)  - 1 x stelaż do worka na odpady z pokrywą uchylną z tworzywa ABS w kolorze szarym; przystosowany do worka 40-80L  - 1 x wygodny uchwyt do prowadzenia z kształtownika o przekroju 20x20 mm (+/- 3 mm) | TAK |  |
| 6 | Wymiary wózka bez wyposażenia dodatkowego:  - szerokość: 490 mm (+/- 10mm)  - głębokość: 430 mm (+/- 10mm)  - wysokość: 890 mm (+/- 10mm) | TAK, podać |  |
| 7 | Wymiary wózka bez wyposażenia dodatkowego:  - szerokość: 490 mm (+/- 10mm)  - głębokość: 430 mm (+/- 10mm)  - wysokość: 890 mm (+/- 10mm) | TAK, podać |  |
| 8 | Wymiary powierzchni użytkowej blatów:  - szerokość: 288 mm(+/- 10mm)  - głębokość: 358 mm (+/- 10mm)  - wysokość: 17 mm (+/- 2mm) | TAK, podać |  |
|  | **Pozostałe:** |  |  |
| 9 | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK | ***Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym.*** *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w SWZ.* |
| 10 | Karta gwarancyjna w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 11 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |

**Parametry wymagane zaznaczone „TAK” stanowią parametry graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji przedmiotu zamówienia.**

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty dokumentach przedmiotowych wraz z tłumaczeniem na język polski.**

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

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne w zakresie niezbędnym do eksploatacji i zostanie dostarczone w pełni skonfigurowane i zmontowane w zakresie niezbędnym do użytkowania