**Załącznik nr 1 do SWZ**

**Wykonawca:**

**………………………..…………**

**…………………………..………**

**………………………..…………**

**(*pełna nazwa/firma, adres)***

**NIP *………………………….….***

***KRS ……………………..………***

**OFERTA – Część 1**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na dostawę sprzętu medycznego, w ramach zadania inwestycyjnego pod nazwą: ,,Utworzenie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym” składam ofertę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***j.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość brutto***  ***PLN*** |
| 1. | **Aparat do EEG**  Producent: ……………………………………  Typ/model: …………………………………… | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Razem:** | | | | |  | x |  |

**UWAGA!**

Jeżeli na przedmiot zamówienia składają się elementy o różnej stawce podatku VAT należy w tabeli powyżej wyszczególnić je odrębnie.

**Termin dostawy:** do 60 dni kalendarzowych

**Oferowany okres gwarancji**: ……………………….(m-cy-min. 24)

**Osoba do kontaktu**: …………………………………

**Adres e-mail:** ……………………………………..

**PARAMETRY TECHNICZNE WYMAGANE I OFEROWANE**

Opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów wymaganych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana przez Wykonawcę  (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej-należy podać wymieniony-oferowany parametr lub w pustym polu potwierdzić -TAK) |
|  | **Aparat EEG – 1 szt.** |  |  |
| **PARAMETRY TECHNICZNE GŁOWICY** | | | | |
|  | Głowica elektrodowa 32-kanałowa ze wzmacniaczami, przetwarzaniem analogowo-cyfrowym i izolacją galwaniczną, zasilana z aparatu | TAK |  |
|  | Liczba kanałów wejściowych pracujących w układzie referencyjnym minimum 22 | TAK, podać ilość kanałów | Oferowania ilość kanałów:  ………………… |
|  | Liczba kanałów ExG, konfigurowalnych jako kanały DC lub kanały Bipolarne minimum 10 | TAK, podać dane wymienione w kolumnie po prawej stronie | Oferowana liczba kanałów ExG:  ……………………. |
|  | Min. 1 wejście SpO2 | TAK |  |
|  | Możliwość pracy głowicy na wymiennych akumulatorach | TAK |  |
|  | Głowica wyposażona w elektrodę referencyjną oraz neutralną | TAK |  |
|  | Podłączenie głowicy z komputerem poprzez interfejs WiFi | TAK |  |
|  | Podłączenie głowicy z komputerem poprzez interfejs USB | TAK |  |
|  | Rodzaj transmisji radiowej nie gorszy niż: WLAN 802.11bg | TAK, podać rodzaj | Oferowany rodzaj transmisji radiowej:  ……………….. |
|  | Tryb pracy modułu WLAN AP | TAK |  |
|  | Tryb szyfrowania połączenia WPA2 | TAK |  |
|  | Kalibracja automatyczna głowicy niezależnie na każdym wejściu wzmacniacza | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia elektrod do głowicy za pomocą standardowych wejść TP DIN 42802 | TAK |  |
|  | Pomiar impedancji ONLINE przez cały czas trwania badania | TAK |  |
|  | Sygnalizacja poziomu impedancji dla każdej elektrody poprzez wbudowane na głowicy diody LED | TAK |  |
|  | Zasięg pracy bezprzewodowej (w budynku) minimum 20 m | TAK, podać | Oferowany zasięg pracy bezprzewodowej:  ……………….. |
|  | Sygnalizacja pomiaru impedancji wszystkich kanałów (poza SpO2) realizowana za pomocą min. 4 stopniowej skali wyświetlanej bezpośrednio na głowicy | TAK |  |
|  | Rozdzielczość cyfrowa przetwornika A/D(bit) minimum 24 | TAK, podać rozdzielczość | Oferowana rozdzielczość przetwornika:  ………………. |
|  | Pasmo przenoszenia minimum 0(DC) – 125 HZ | TAK |  |
| **PARAMETRY KANAŁÓW GŁOWICY** | | | | |
|  | Szum wejściowy (µV p-p) (0,1-70 Hz) <4 | TAK, podać | Oferowany szum wejściowy:  ………………… |
|  | Impedancja wejściowa (MOhm) >1000 | TAK, podać | Oferowana impedancja wejściowa:  ……………….. |
|  | CMRR >115dB | TAK, podać | Oferowany CMRR:  ……………… |
| **PARAMETRY OPROGRAMOWANIA DO REJESTRACJI SYGNAŁU** | | | | |
|  | Baza danych pacjentów i badań zgodna z wytycznymi ustawy o RODO | TAK |  |
|  | Stała czasu [s] minimum (0,03–10) | TAK, podać | Oferowana stała czasu:  ………………. |
|  | Stała czasu – wartość standardowa 0,3 (s) | TAK |  |
|  | Czułość minimum (10 µV/cm – 2 mV/cm) | TAK, podać | Oferowana czułość:  ………………. |
|  | Regulowana szybkość przesuwu zapisu na ekranie minimum 10-120 (mm/s) | TAK, podać | Oferowana szybkość przesuwu zapisu:  ……………… |
|  | Częstotliwość próbkowania wyjściowego ≥ 500Hz | TAK, podać częstotliwość | Oferowana częstotliwość próbkowania:  ………………….. |
|  | Nieograniczona ilość remontaży | TAK |  |
|  | Gotowe predefiniowane montaże i programy dla standardów 10-20, 10-10, 10-10h, 10-5, 5-5 | TAK |  |
|  | Predefiniowana baza zdarzeń medycznych zawierająca min. 400 gotowych zdarzeń. | TAK, podać ilość zdarzeń | Oferowana ilość gotowych zdarzeń:  …………………. |
|  | Zdarzenia medyczne podzielone na typy zdarzeń np. zdarzenia techniczne, zdarzenia fizjologiczne i zdarzenia stymulacyjne | TAK |  |
|  | Możliwość definiowania, edycji i dodawania do bazy własnych zdarzeń medycznych | TAK |  |
|  | Menadżer zdarzeń medycznych pozwalający na personalizacje znaczników zdarzeń według własnych potrzeb | TAK |  |
|  | Możliwość dodawania interaktywnej notatki do badania podczas akwizycji sygnału | TAK |  |
|  | Min. 3 algorytmy optymalizacji wyświetlania krzywej EEG dostosowujące się do bieżącej rozdzielczości monitora | TAK, podać ilość algorytmów | Oferowana ilość algorytmów:  ………………….. |
|  | Możliwość przeglądania trwającego badania i wykonywania analiz podczas akwizycji sygnału | TAK |  |
|  | Możliwość dzielenia ekranu podczas akwizycji sygnału na ekran akwizycji, ekran przeglądania i ekrany analiz (np. FFT, Mapping 2D/3D, TPM, CCFM) | TAK |  |
|  | Odwracanie polaryzacji sygnału EEG | TAK |  |
|  | Funkcja wyświetlania czasu rzeczywistego wykonywanej akwizycji sygnału | TAK |  |
|  | Funkcja wizualizacji krzywej EEG w postaci graficznej i/lub liczbowej | TAK |  |
| **FOTOSTYMULATOR** | | | | |
|  | Ilość programów fotostymulacji definiowanych przez Użytkownika nieograniczona | TAK |  |
|  | Stymulator błyskowy minimum (0,5-60) Hz | TAK |  |
|  | Możliwość pracy z wewnętrznej baterii | TAK |  |
|  | Lampa fotostymulatora przytwierdzona do dedykowanego niezależnego statywu na kółkach umożliwiającego jej przemieszczenie | TAK |  |
| **OPROGRAMOWANIE DO ANALIZY SYGNAŁU** | | | | |
|  | Przeglądanie, ocena i analiza badań EEG | TAK |  |
|  | Generacja raportów i drukowanie | TAK |  |
|  | Cyfrowa linijka pomiarowa umożliwiająca dokonanie pomiarów amplitudy i częstotliwości fal oraz określenie fali dominującej w zadanym przedziale czasu | TAK |  |
|  | Min 3 algorytmy optymalizacji wyświetlania krzywej EEG dostosowujące się do bieżącej rozdzielczości monitora | TAK, podać ilość algorytmów | Oferowana ilość algorytmów:  ……………… |
|  | Możliwość dodawania komentarzy do zdarzeń medycznych | TAK |  |
|  | Moduł analizy ilościowej QEEG (Quantity EEG) umożliwiający uzyskanie wyników w formie tabelarycznej | TAK |  |
|  | Eksport dowolnego fragmentu zapisu sygnału EEG | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania raportu QEEG z dowolnie wybranego przedziału czasu w formie tabelarycznej z podziałem na poszczególne rytmy fal i podziałem na elektrody rejestrujące | TAK |  |
|  | Eksport raportu QEEG do formatu pliku Excel i pdf | TAK |  |
|  | Funkcja blokowego zaznaczania wybranego fragmentu zapisu EEG dla analiz QEEG, Mapping 2D/3D, FFT | TAK |  |
|  | Funkcja wyświetlania czasu rzeczywistego wykonanego zapisu sygnału EEG | TAK |  |
|  | Funkcja wizualizacji krzywej EEG w postaci graficznej i/lub liczbowej | TAK |  |
|  | Archiwizacja badań na płycie CD/DVD | TAK |  |
|  | Możliwość dołączenia dedykowanej przeglądarki do eksportowanego badania EEG | TAK |  |
| **ANALIZA FFT** | | | | |
|  | Możliwość regulacji długości bufora FFT | TAK |  |
|  | Analiza spektralna FFT oraz możliwość przedstawienia jej wyników w postaci wykresów : histogram, obwiednia, amplitudy średnie, częstotliwości dominujące | TAK |  |
|  | Analiza FFT wykonywana jedno lub wielokanałowo | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania analizy FFT z dowolnego przedziału czasu lub z całego badania | TAK |  |
| **ZESTAW KOMPUTEROWY - KOMPUTER STACJONARNY** | | | | |
|  | (minimalne wymagania)  Procesor INTEL CORE i5 lub równoważny  Pamięć RAM minimum 8GB  Dysk twardy minimum 1TB  Monitor minimum 23”  Nagrywarka DVD  Karta sieciowa  System operacyjny Windows 11  Zasilacz awaryjny UPS  Osprzęt systemu: konsola ułatwiająca przemieszczanie systemu, zestaw okablowania  Drukarka laserowa czarno-biała | TAK, podać parametry wymagane w kolumnie obok | **Nazwa procesora**  ………………….  **Wielkość pamięci RAM:**  …………………….  **Pojemność dysku twardego:**  ………………….  **Przekątna monitora:**  …………………… |
| **INNE CECHY APARATU** | | | | |
|  | Zabezpieczenie oprogramowania przed niepowołanym dostępem za pomocą klucza sprzętowego | TAK |  |
|  | Transformacja widma sygnału z dziedziny częstotliwości do dziedziny czynności fal | TAK |  |
|  | Całość oprogramowania EEG w języku polskim | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Wbudowana funkcja przenoszenia badań bez konwersji pomiędzy oferowanym aparatem EEG, a pracującym w placówce aparatem EEG typu DigiTrack | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu o dodatkowe stanowisko analizy, polisomnografię, mapowanie 2D/3D, mapowanie on-line, CCFM, holter EEG, biofeedback, maping kortykograficzny | TAK |  |
| **MAPPING 2D/3D (Virtual Reality)** | | | | |
|  | Mapowanie 2D/3D  Przeglądanie map trójwymiarowych w technologii Virtual Reality za pomocą dołączonych okularów VR  Mapowanie potencjałów  Mapowanie gęstości pola (SCD)  Mapowanie prędkości zmian potencjału (pochodna po czasie)  Mapowanie widma mocy względnej %  Mapowanie widma mocy bezwzględnej (RMS)  Mapowanie asymetrii potencjałowej  Mapowanie koherencji i jej fazy dla odprowadzeń  Mapowanie częstotliwości dominujących i środka ciężkości  Podgląd wartości elektrod i dowolnego punktu mapy  Automatyczne dostosowywanie skali kolorystycznej wartości  Mapowanie z zastosowaniem referencji do uszu, Goldmana (średniej), Cz, Fz albo laplasjanu  Wyświetlanie wielu map (z zadanego zakresu)  Zastosowanie różnych metod interpolacji wartości  Mapowanie trójwymiarowe na czaszce i modelu mózgu  Trójwymiarowa prezentacja rozkładu wartości mapy  Możliwość drukowania map w kolorze i odcieniach szarości  Prezentacja izolinii mapy | TAK |  |
| **AKCESORIA** | | | | |
|  | Wymagane akcesoria:  czepek silikonowy do badań EEG  zestaw elektrod z przewodami | TAK |  |
| **INNE** | | | | |
|  | Oferowane urządzenie jest dopuszczone do stosowania i użytkowania w Polsce zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z 20 maja 2010 roku | TAK |  |
| **GWARANCJA** | | | | |
|  | Okres gwarancji całego systemu minimum 24 miesiące | TAK |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis osoby upoważnionej

**Załącznik nr 1 do SWZ**

**Wykonawca:**

**………………………..…………**

**…………………………..………**

**………………………..…………**

**(*pełna nazwa/firma, adres)***

**NIP *………………………….….***

***KRS ……………………..………***

**OFERTA – Część 2**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na dostawę sprzętu medycznego, w ramach zadania inwestycyjnego pod nazwą: ,,Utworzenie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym” składam ofertę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***j.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość brutto***  ***PLN*** |
| 1. | **Aparat do EMG**  Producent: ……………………………………  Typ/model: …………………………………… | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Razem:** | | | | |  | x |  |

**UWAGA!**

Jeżeli na przedmiot zamówienia składają się elementy o różnej stawce podatku VAT należy w tabeli powyżej wyszczególnić je odrębnie.

**Termin dostawy:** do 60 dni kalendarzowych

**Oferowany okres gwarancji**: ……………………….(m-cy-min. 24)

**Osoba do kontaktu**: …………………………………

**Adres e-mail:** ……………………………………..

**PARAMETRY TECHNICZNE WYMAGANE I OFEROWANE**

Opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów wymaganych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana przez Wykonawcę  (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej-należy podać wymieniony-oferowany parametr lub w pustym polu potwierdzić -TAK |
|  | **Aparat EMG – 1 szt** |  |  |
|  | System do badań zaburzeń neurologicznych - EMG, przewodnictwa nerwowego | TAK |  |
|  | System zainstalowany na wózku jezdnym wyposażonym w gumowe koła z blokadą; wysuwaną szufladą na klawiaturę; do wózka przymocowane regulowane wychylno obrotowe ramię do zamocowania głowicy i uchwytu dla stymulatora elektrycznego ,oraz uchwytu do igieł koncentrycznych, mocowanie LCD za pomocą Vesa, półka na drukarkę oraz transformator separujący. | TAK |  |
|  | Zasilacz sieciowy 230V/50Hz z transformatorem separującym 230V/230V wyposażony w izolowane galwanicznie gniazda 230V/50Hz do podłączenia wszystkich urządzeń systemu | TAK |  |
|  | Połączenie jednostki bazowej aparatu z komputerem PC poprzez wejście USB3.0 o minimalnej szybkości 480Mb/sek | TAK |  |
|  | Jednostka bazowa wyposażona w:  - min.4 wejścia/wyjścia TTL  - min. 4 wbudowane porty USB do podłączania urządzeń peryferyjnych  - wbudowane min 2 głośniki o oporności max. 4 Ohm | TAK, podać dane wymienione w kolumnie po prawej stronie | Ilość wejść/wyjść:  ……………………….  Ilość portów USB:  ……………………….. |
|  | Gniazda podłączeń na panelu tylnym jednostki bazowej kodowane kolorami | TAK |  |
|  | Podłączanie stymulatorów elektrycznych/ głowicy wzmacniaczy za pomocą szybkozłączek np. typu Lemo kodowanych kolorami odpowiadającymi kolorom gniazd na panelu tylnym jednostki bazowej | TAK |  |
|  | Panel główny jednostki bazowej wyposażony w :  - dwufunkcyjne pokrętła oznaczone kolorami, kolory tożsame z wybranymi przyciskami widocznymi w oprogramowaniu  - przyciski funkcyjne min. 7 sztuk uaktywniające funkcje ustawione w oprogramowaniu  - przycisk wyzwalania bodźca powtarzalnego  - przycisk uśredniania  - przycisk zmiany szerokości bodźca elektrycznego  - przycisku zapisywania i usuwania wybranej sekwencji  - przycisk aktywacji tabelarycznego zestawienia wyników badań  - przycisk szybkiego drukowania raportu  - przycisk przejścia do następnego badania  - dwufunkcyjne pokrętło natężenia dźwięku z możliwością wyciszenia poprzez szybkie naciśnięcie pokrętła | TAK |  |
|  | Głowica wyposażona w min. 2 kanały z gniazdami 5 polowymi DIN oraz jeden kanał GND z wejściem Touch Proof | TAK, podać ilość kanałów | Ilość kanałów:  ………………….. |
|  | Głowica wyposażona w wbudowany moduł pomiaru poprawności działania elektrod | TAK |  |
|  | Konstrukcja głowicy powinna wykonywać konwersje sygnału A/D w samej głowicy i tym samym umożliwiać eliminacje artefaktów | TAK |  |
|  | Możliwość włączania/wyłączania głowicy za pomocą wbudowanego przycisku na głowicy | TAK |  |
|  | Parametry wzmacniaczy głowicy:   * Czułość: od min. 0,05 μV/div do max 10 mV/div * CMRR > 115 dB * Filtr Lowcut : min. od 0,3 Hz do 300Hz * Filtr Highcut: min. od 30Hz do 15kHz * Impedancja wejściowa wzmacniacza: >1000Mohm ( w trybie common mode) * Szum (dla głowicy 2 kanałowej): <0,6uV * Przetwornik A/D: min 16 bitów * Próbkowanie: min. 99 kHz/kanał * Skala stałej czasu: min 0,1 do 1000ms/div w min. 20 krokach * Filtr Notch 50/60Hz oraz możliwość ustawienia własnych wartości filtru. | TAK, podać dane wymagane w kolumnie po prawej stronie | Czułość:  ……………………  CMRR:  ……………………  Filtr Lowcut-zakres:  ……………………  Filtr Highcut-zakres:  …………………….  Szum:  ……………………  Próbkowanie:  …………………… |
|  | Pomiar impedancji dla kanałów ACT, REF i GND | TAK |  |
|  | Możliwość zapisu wartości impedancji i umieszczenia w raporcie | TAK |  |
|  | System umożliwiający kalibracje głowicy z możliwością ustawienia parametrów sygnału kalibracyjnego fali prostokątnej - amplitudy w zakresie min. 50-1000uV oraz częstotliwości min. 100Hz | TAK, podać zakres | Zakres:  …………………… |
|  | Wymiary głowicy: max. 5 x 11 x 16 cm | TAK, podać wymiary | Wymiary głowicy:  …………………… |
|  | Waga głowicy: max. 0,4 kg | TAK |  |
|  | Programowalny ręczny stałoprądowy stymulator elektryczny wyposażony:   * w min. 3 przyciski z możliwością dowolnego programowania dla każdego protokołu badania niezależnie * funkcję zmiany polaryzacji elektrod * możliwość zmiany kąta elektrod * regulacje rozstawu elektrod * przyciski wyzwalania bodźca pojedynczego oraz możliwości aktywacji bodźca powtarzalnego tym samym przyciskiem * przycisk akceptacji bodźca * pokrętło regulacji parametrów - m.in. natężenie prądu, odległość | TAK |  |
|  | Wymagane parametry stymulatora elektrycznego:   * natężenie prądu w zakresie min.0-100mA * szerokość pulsu min 50us do min 1000us * typy pulsacji: pojedyncza, dual, triple, train, dual train * rozdzielczość prądowa min. 0,3mA * Powtarzanie bodźca od min. 0,1 do 200 Hz uzależnione od wykonywanego protokołu badania | TAK, podać dane wymienione w kolumnie z prawej stronie | Zakres natężenia prądu:  ……………………  Szerokość pulsu:  …………………….  Rozdzielczość prądowa:  …………………… |
|  | Parametry komputera PC   * min. Procesor INTEL Core i7 lub równoważny * min. RAM 8GB. * Dysk twardy min.512 SSD * Karta graficzna min.1GB * Windows 10 lub nowszy * Nagrywarka DVD-RW * Monitor min. 22” LCD * Drukarka laserowa mono * Mysz + podkładka * Klawiatura. * Pakiet MS Office Word | TAK, podać | Nazwa procesora:  ……………………  Wielkość pamięci RAM:  …………………  Pojemność dysku twardego:  …………………  Wielkość pamięci karty graficznej:  ……………………  Przekątna monitora:  ……………………..  System operacyjny:  ……………………….. |
|  | Podstawowe wymagane funkcje oprogramowania do wykonywania badań EMG i NCV:   * Definiowanie zakresu norm i znakowanie nieprawidłowych wartości w tabelach wyników, * Określenie norm względem przedziałów wiekowych, * Funkcja atlasu anatomicznego wyświetlająca wynik badania EMG i NCV w sposób graficzny 3D na kolorowym modelu anatomicznym z możliwością umieszczenia grafiki w raporcie. * Funkcja tabelaryzacji wyników umożliwiająca szybkie zestawienie wykonanych badań w formie tabelarycznej * Funkcja zmiany widoku okna dla danego badania, min dwa widoki, gdzie dla każdego widoku istnieje możliwość dowolnej konfiguracji okien prezentacji i wyników * Możliwość definiowania przycisków skrótu dowolnych dostępnych badań z listy badań. Przyciski skrótów badań muszą być wyświetlane w głównym oknie badania. * Możliwość wyboru wielkości czcionki przycisków wyświetlanych na ekranie badania, wielkości czcionki tabeli i wielkości czcionki menu głównego okna badania. * Funkcja zmiany widoku okna wywoływana za pomocą jednego klawisza z konsoli jednostki bazowej. * Funkcja automatycznego ukrywania listy protokołu badań, wymagane min 3 ustawiane czasy ukrywania okna. * Programowalna lista badań umożliwiająca stworzenie własnego protokołu badań na podstawie pre-definiowanych protokołów testów pogrupowanych tematycznie względem rodzajów badań. * Możliwość obliczania szybkości przewodzenia z uwzględnieniem korekcji współczynnika temperaturowego * Funkcja kodowania danych wyjściowych w formacie ASCII *(wszystkie protokoły badań)* * Możliwość definiowania w oprogramowaniu własnych formuł do prezentacji wyników, np. możliwość wyświetlania parametru latencji ważonej. * Dedykowane oprogramowanie do generowania i konfigurowania własnych raportów na bazie MS Word * Funkcja nagrywania oraz wykonywania printscrenu bieżącego okna w dowolnym czasie badania. Wywoływanie funkcji za pomocą przycisku w oknie badania. * System wyposażony w opcje oprogramowanie do automatycznego testowania poprawności działania jednostki bazowej i parametrów głowicy. | TAK |  |
|  | Badanie EMG:   * analiza SMUA, MMUA,IPA * tryb pomiaru spontaneus, Volitional, autoMUP * min. 5 minutowy bufor zapisu EMG * konwersja zapisu do formatu audio lub video * narzędzie MUP do wykonania szybkiej analizy interesujących jednostek motorycznych w dowolnym czasie wykonywania badania * tworzenie listy komentarzy z możliwością ich zmiany po wykonaniu badania * Możliwość zdefiniowania trybów rejestracji wzmacniacza dla badań EMG * Możliwość ustawienia na przycisku funkcyjnego kolejności przechodzenia do kolejnego etapu badania EMG * Automatyczne wprowadzanie % polifazowości przebiegu EMG w tabeli wyniku * Funkcja kolorowania kolejnych zebranych jednostek MUP * Możliwość szybkiej reanalizy zapisanego przebiegu za pomocą naciśnięcia jednego przycisku w oknie badania * Funkcja zaznaczania jednostki MUP i na tej podstawie automatyczne przeszukiwanie zapisanego buforowa w celu znalezienia pasujących jednostek MUP * Możliwość wykluczenia danej jednostki MUP z analizy poprzez naciśnięcie jednego przycisku w oknie badania * Funkcja usuwania artefaktów z uśrednionej jednostki MUP poprzez zaznaczenie obszaru (pola) do usunięcia. | TAK |  |
|  | Szybkość przewodnictwa NCV:   * przewodnictwo ruchowe, * przewodnictwo czuciowe, * przewodnictwo mieszane, * inching motor/sensory, * fala F - tryb kursor/automarker, * odruch H, * SSR (współczulna reakcja skóry) * funkcja automatycznego porównywania stronami dla badań NCV; * funkcja historii przeglądania do min. 30 zapisanych sekwencji i wyboru najlepiej wykonanej sekwencji badania NCV * Automatyczne umieszczanie kursorów dla badań NCV, fali F i odruchu H * Funkcja włączania wyświetlania wartości dla danego kursora (latencji i amplitudy) * Funkcja zmiany strony (prawa/lewa) w przypadku wybrania nieprawidłowej strony podczas badania. * Funkcja sortowania w tabeli podsumowującej badanych nerwów i mięśni alfabetycznie oraz stronami | TAK |  |
|  | Próba miasteniczna:   * Możliwość wyboru sekwencji do określenia dekrementu RNS w oknie głównym badania * możliwość wł/wył histogramu próby miastenicznej * możliwość automatycznego ustawiania protokołu badania * funkcja wyświetlania różnych parametrów wyniku za pomocą histogramu | TAK |  |
|  | Analiza IPA (Interference Pattarn Analysis):   1. Określenie interferencji pod względem ilościowym 2. Porównywanie wzorów : amplituda – ilość powtórzeń, ilość krótkich segmentów – aktywność 3. Odniesienie normatywne w postaci „chmurki” 4. Możliwość wykonania w czasie rzeczywistym lub w trybie off-line | TAK |  |
|  | Możliwość opcjonalna doposażenia aparatu o moduł do wykonywania badania VEP:   * możliwość wyboru stymulatora w zestawie:, gogle LED lub dowolny monitor LCD * Możliwość podłączenia dowolnego LCD przez użytkownika * Automatyczne ustawianie kursorów * Programowanie norm pozwalających określenie wartości nieprawidłowych * Moduł potencjałów VEP musi być wyposażony w dedykowany sensor kalibracji monitora LCD | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesięcy | TAK |  |
|  | Z oferowanym aparatem zostanie dostarczony następujący zestaw akcesoriów startowych:  - przewód do koncentrycznych elektrod igłowych  - zestaw przewodów ze złączką typu krokodylek i wtykiem typu TP  - elektroda obrączkowa, wtyk TP  - elektroda uziemiająca typu rzep z przewodem z wtykiem TP  - opakowanie elektrod igłowych  -opakowanie elektrod powierzchniowych  - pasta ścierno przewodząca  - pasta przewodząca  - miarka | TAK |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis osoby upoważnionej

**Załącznik nr 1 do SWZ**

**Wykonawca:**

**………………………..…………**

**…………………………..………**

**………………………..…………**

**(*pełna nazwa/firma, adres)***

**NIP *………………………….….***

***KRS ……………………..………***

**OFERTA – Część 3**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na dostawę sprzętu medycznego, w ramach zadania inwestycyjnego pod nazwą: ,,Utworzenie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym” składam ofertę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***j.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość brutto***  ***PLN*** |
| 1. | **Łóżko szpitalne elektryczne**  Producent: ……………………………………  Typ/model: …………………………………… | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Razem:** | | | | |  | x |  |

**UWAGA!**

Jeżeli na przedmiot zamówienia składają się elementy o różnej stawce podatku VAT należy w tabeli powyżej wyszczególnić je odrębnie.

**Termin dostawy:** do 60 dni kalendarzowych

**Oferowany okres gwarancji**: ……………………….(m-cy-min. 24)

**Osoba do kontaktu**: …………………………………

**Adres e-mail:** ……………………………………..

**PARAMETRY TECHNICZNE WYMAGANE I OFEROWANE**

Opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów wymaganych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana przez Wykonawcę  (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej-należy podać wymieniony-oferowany parametr lub w pustym polu potwierdzić -TAK) |
|  | **Łóżko elektryczne 4 szt** |  |  |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, rok produkcji 2025 | TAK |  |
|  | Łóżko sterowane elektrycznie, 4 sekcyjne z których 3 ruchome. | TAK |  |
|  | Platforma materaca z paneli z polipropylenowych który można łatwo wyjąc i zdezynfekować.  W panelach otwory do montażu pasów do unieruchomienia pacjenta. | TAK |  |
|  | Platforma leża wyposażona w zintegrowany system wydłużenia leża min.28 cm.  Dźwignie zwalniania mechanizmu umieszczone od strony nóg w szczycie łóżka. | TAK |  |
|  | Segment oparcia pleców z możliwością szybkiego poziomowania - CPR. Łatwy dostęp przy każdej pozycji barierek. | TAK |  |
|  | Szyny nierdzewne mocowane po bokach wzdłuż ramy leża na elementy wyposażenia | TAK |  |
|  | Rama łóżka wyposażona w stałe uchwyty w każdym z 4 rogów łóżka do umieszczenia wieszaka kroplówki i w części wezgłowia uchwytu ręki. | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja za pomocą centralnego panelu sterowania, który można zawiesić na szczycie oraz zintegrowanego sterowania wbudowanego w barierki boczne.  Dodatkowy pilot przewodowy z wyświetlaczem LCD (wyświetlana informacja o wybranej funkcji)  Łóżko wyposażone w tworzywową kieszeń zabezpieczającą pilota w czasie transportu. | TAK |  |
|  | Autoregresja segmentu oparcia pleców min. 9 cm | TAK |  |
|  | W narożnikach leża minimum 4 tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz w części wezgłowia wysięgnika z uchwytem do ręki | TAK |  |
|  | ***Sterowanie* funkcjami łózka:**  **Panel w barierkach od wewnątrz dla pacjenta**: umożliwiający czytelne zastosowanie funkcji tj:  Regulacja wezgłowia, pozycja fotelowa, regulacja wysokości leża, regulacja uda.  **Panel dla personelu medycznego po stronie zewnętrznej barierek**, panel z wyświetlaczem LCD pokazującą uruchomioną funkcję.  Funkcja CPR, przycisk serwisowy.  Możliwość położenia segmentu oparcia pleców w pozycji 150,300, 450 za pomocą 3 przycisków dla każdego z kątów.  Informacja o kącie przechyłów wzdłużnych wyświetlana na wyświetlaczu  **Panel sterujący** **dla personelu** **medycznego** chowany pod leżem w półce do odkładania pościeli z możliwością instalacji go na szczycie łóżka. Panel wyposażony w podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem funkcji elektrycznych (Dostępność funkcji przy jednoczesnym zastosowaniu przycisku świadomego użycia) z możliwością blokady poszczególnych funkcji pilota. Panel sterujący wyposażony w funkcję regulacji segmentu oparcia pleców, uda, wysokości leża, pozycji wzdłużnych, funkcji anty-szokowej, egzaminacyjnej, CPR, krzesła kardiologicznego. Posiada również optyczny wskaźnik naładowania akumulatora oraz podłączenia do sieci. | TAK |  |
|  | Akumulator wbudowany w układ elektryczny łóżka podtrzymujący sterowanie łóżka przy braku zasilania sieciowego.  Poziom naładowania akumulatora wyświetlany na panelu zewnętrznym LCD w barierkach. | TAK |  |
|  | Szczyty łóżka wyjmowane z ramy leża, wypełnione płytą dwustronnie laminowaną grubości min. 8mm, montowaną na stałe z ramą szczytu, którego pionowe słupki wykonane z aluminium łączy uchwyt do przetaczania ze stali nierdzewnej.  Szczyty łatwe w dezynfekcji, odporne na środki dezynfekcyjne oraz promieniowanie UV.  Możliwość wyboru płyty kolorystycznej min. 10 kolorów | TAK |  |
|  | Koła o średnicy 150 mm z systemem sterowania jazdy na wprost i z centralnym systemem hamulcowym. System obsługiwany dźwigniami od strony nóg pacjenta, zlokalizowanymi bezpośrednio przy kołach. | TAK |  |
|  | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka oraz przestrzeń pomiędzy podstawą a leżem pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości. Podstawa łóżka pantografowa podpierająca leże w minimum 8 punktach gwarantująca stabilność leża.  Lakier ramy łóżka zgodny z normom EN ISO 10993-5:2009 lub równoważną gwarantujący że stosowana powłoka lakiernicza nie ma działania rakotwórczego. | TAK |  |
|  | Długość całkowita: 2200 cm +/- 30 mm  Szerokość całkowita max. 1000 mm | TAK, PODAĆ PARAMETRY W KOLUMNIE OBOK | **Oferowana długość całkowita:**  ………………..  **Oferowana szerokość całkowita:**  ……………………. |
|  | Wymiary stelaża pod materac 200x88cm +/-2cm  Minimum 4 uchwyty stabilizujące materac | TAK, PODAĆ PARAMETRY W KOLUMNIE OBOK | **Oferowane wymiary stelaża:**  ……………  **Oferowana ilość uchwytów stabilizujących materac:**  …………….. |
|  | Elektryczne regulacje:  Elektryczna regulacja wysokości w zakresie od 320 mm do 910 mm +/- 30 mm  - segment oparcia pleców od 0 do 75 stopni (+/- 50)  - segment uda od 0 do 45 stopni (+/- 50)  - pozycja Trendlelenburga od 0 do 15 stopni (+/- 20)  - pozycja anty-Trendlenburga od 0 do 15 stopni (+/- 20)  Sygnalizacja dźwiękowa informująca o najniższej pozycji leża | TAK, PODAĆ PARAMETRY W KOLUMNIE OBOK | **Oferowany zakres regulacji wysokości:**  ……………  **Oferowany zakres regulacji segmentu oparcia pleców:**  ………………  **Oferowany zakres regulacji segmentu uda:**  ……………..  **Oferowany zakres regulacji pozycji Trendlelenburga:**  ……………..  **Oferowany zakres regulacji pozycji anty - Trendlelenburga:**  **……………….** |
|  | Łóżko wyposażone w cztery niezależne, opuszczane ruchem półkulistym, tworzywowe barierki boczne, zabezpieczające pacjenta, zgodne z norma medyczną ICE 60601-2-52.  Opuszczanie oraz podnoszenie barierek bocznych w łatwy sposób za pomocą jednej ręki, wspomagane pneumatyczne.  Barierki od strony głowy poruszające się wraz z segmentem oparcia pleców.  Wysokość barierek bocznych zabezpieczająca pacjenta minimum 40 cm.  Barierki boczne wykonane z tworzywa, wypełnione wklejką kolorystyczną.  Możliwość powieszenia drenażu lub worków urologicznych na barierkach, uchwyty stanowią część barierek bocznych  Barierki zabezpieczające pacjenta na całej długości leża. | TAK |  |
|  | Wysuwana półka na prowadnicach teleskopowych do odkładania pościeli z miejscem na panel centralny. | TAK |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze minimum 260 kg. | TAK, PODAĆ PARAMETRY W KOLUMNIE OBK | **Oferowane bezpieczne obciążenie robocze:**  ……………….. |
|  | Układ elektryczny spełniający wymagania IPX6 | TAK |  |
|  | **Elementy wyposażenia łóżek:**   * Wieszak kroplówki wyprofilowany * Materac przeznaczony dla Szpitali i innych placówek medycznych o wymiarach dopasowanych do leża łóżka. Materac wykonany zimnej pianki poliuretanowej o wysokości minimum 12cm, gęstości min 40 kg/m3 i twardości min. 4.1 kPa (+/-10%). Materac wyposażony w pokrowiec paroprzepuszczalny, nieprzemakalny wyposażony w  zamek w kształcie litery „C”. z możliwością prania w temp do 950C, oraz suszenia w temp. do 1000. | TAK |  |
|  | * Deklaracja Zgodności, * WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych, * Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami, * Certyfikat ISO 13485:2016 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis osoby upoważnionej

**Załącznik nr 1 do SWZ**

**Wykonawca:**

**………………………..…………**

**…………………………..………**

**………………………..…………**

**(*pełna nazwa/firma, adres)***

**NIP *………………………….….***

***KRS ……………………..………***

**OFERTA – Część 4**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na dostawę sprzętu medycznego, w ramach zadania inwestycyjnego pod nazwą: ,,Utworzenie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym” składam ofertę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***j.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość brutto***  ***PLN*** |
| 1. | **Łóżko szpitalne z wagą**  Producent: ……………………………………  Typ/model: …………………………………… | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Razem:** | | | | |  | x |  |

**UWAGA!**

Jeżeli na przedmiot zamówienia składają się elementy o różnej stawce podatku VAT należy w tabeli powyżej wyszczególnić je odrębnie.

**Termin dostawy:** do 60 DNI KALENDARZOWYCH

**Oferowany okres gwarancji**: ……………………….(m-cy-min. 24)

**Osoba do kontaktu**: …………………………………

**Adres e-mail:** ……………………………………..

**PARAMETRY TECHNICZNE WYMAGANE I OFEROWANE**

Opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów wymaganych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana przez Wykonawcę  (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej-należy podać wymieniony-oferowany parametr lub w pustym polu potwierdzić -TAK) |
|  | **Lóżko szpitalne z wagą – 1 szt.** |  |  |
|  | Łóżko fabrycznie nowe, rok produkcji 2025 | TAK |  |
|  | Łóżko sterowane elektrycznie, 4 sekcyjne z których 3 ruchome. | TAK |  |
|  | Platforma materaca z paneli z polipropylenowych który można łatwo wyjąc i zdezynfekować.  W panelach otwory do montażu pasów do unieruchomienia pacjenta. | TAK |  |
|  | Platforma leża wyposażona w zintegrowany system wydłużenia leża min.28 cm.  Dźwignie zwalniania mechanizmu umieszczone od strony nóg w szczycie łóżka. | TAK |  |
|  | Segment oparcia pleców z możliwością szybkiego poziomowania - CPR. Łatwy dostęp przy każdej pozycji barierek. | TAK |  |
|  | Szyny nierdzewne mocowane po bokach wzdłuż ramy leża na elementy wyposażenia | TAK |  |
|  | Rama łóżka wyposażona w stałe uchwyty w każdym z 4 rogów łóżka do umieszczenia wieszaka kroplówki i w części wezgłowia uchwytu ręki. | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja za pomocą centralnego panelu sterowania, który można zawiesić na szczycie oraz zintegrowanego sterowania wbudowanego w barierki boczne.  Dodatkowy pilot przewodowy z wyświetlaczem LCD (wyświetlana informacja o wybranej funkcji)  Łóżko wyposażone w tworzywową kieszeń zabezpieczającą pilota w czasie transportu. | TAK |  |
|  | Autoregresja segmentu oparcia pleców min. 9 cm | TAK |  |
|  | W narożnikach leża minimum 4 tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz w części wezgłowia wysięgnika z uchwytem do ręki | TAK |  |
|  | ***Sterowanie* funkcjami łózka:**  **Panel w barierkach od wewnątrz dla pacjenta**: umożliwiający czytelne zastosowanie funkcji tj:  Regulacja wezgłowia, pozycja fotelowa, regulacja wysokości leża, regulacja uda.  **Panel dla personelu medycznego po stronie zewnętrznej barierek**, panel z wyświetlaczem LCD pokazującą uruchomioną funkcję.  Funkcja CPR, przycisk serwisowy.  Możliwość położenia segmentu oparcia pleców w pozycji 150,300, 450 za pomocą 3 przycisków dla każdego z kątów.  Informacja o kącie przechyłów wzdłużnych wyświetlana na wyświetlaczu  **Panel sterujący** **dla personelu** **medycznego** chowany pod leżem w półce do odkładania pościeli z możliwością instalacji go na szczycie łóżka. Panel wyposażony w podwójne zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem funkcji elektrycznych (Dostępność funkcji przy jednoczesnym zastosowaniu przycisku świadomego użycia) z możliwością blokady poszczególnych funkcji pilota. Panel sterujący wyposażony w funkcję regulacji segmentu oparcia pleców, uda, wysokości leża, pozycji wzdłużnych, funkcji anty-szokowej, egzaminacyjnej, CPR, krzesła kardiologicznego. Posiada również optyczny wskaźnik naładowania akumulatora oraz podłączenia do sieci. | TAK |  |
|  | Akumulator wbudowany w układ elektryczny łóżka podtrzymujący sterowanie łóżka przy braku zasilania sieciowego.  Poziom naładowania akumulatora wyświetlany na panelu zewnętrznym LCD w barierkach. | TAK |  |
|  | Szczyty łóżka wyjmowane z ramy leża, wypełnione płytą dwustronnie laminowaną grubości min. 8mm, montowaną na stałe z ramą szczytu, którego pionowe słupki wykonane z aluminium łączy uchwyt do przetaczania ze stali nierdzewnej.  Szczyty łatwe w dezynfekcji, odporne na środki dezynfekcyjne oraz promieniowanie UV.  Możliwość wyboru płyty kolorystycznej min. 10 kolorów | TAK |  |
|  | Koła o średnicy 150 mm z systemem sterowania jazdy na wprost i z centralnym systemem hamulcowym. System obsługiwany dźwigniami od strony nóg pacjenta, zlokalizowanymi bezpośrednio przy kołach.  Łóżko wyposażone w piąte koło. | TAK |  |
|  | Metalowa konstrukcja łóżka lakierowana proszkowo. Podstawa łóżka oraz przestrzeń pomiędzy podstawą a leżem pozbawiona kabli oraz układów sterujących funkcjami łóżka, łatwa w utrzymaniu czystości. Podstawa łóżka pantografowa podpierająca leże w minimum 8 punktach gwarantująca stabilność leża.  Lakier ramy łóżka zgodny z normom EN ISO 10993-5:2009 lub równoważną gwarantujący że stosowana powłoka lakiernicza nie ma działania rakotwórczego. | TAK |  |
|  | Długość całkowita 2200 cm +/- 30 mm  Szerokość całkowita max. 1040 mm | TAK, PODAĆ PARAMETRY WYMIENIONE W KOLUMNIE OBOK | **Oferowana długość całkowita:**  ………………..  **Oferowana szerokość całkowita:**  ……………………. |
|  | Wymiary stelaża pod materac 200x88cm +/-2cm  Minimum 4 uchwyty stabilizujące materac | TAK, PODAĆ PARAMETRY WYMIENIONE W KOLUMNIE OBOK | **Oferowane wymiary stelaża:**  ……………  **Oferowana ilość uchwytów stabilizujących materac:**  …………….. |
|  | Elektryczne regulacje:  Elektryczna regulacja wysokości w zakresie od 320 mm do 910 mm +/- 30 mm  - segment oparcia pleców od 0 do 75 stopni (+/- 50)  - segment uda od 0 do 45 stopni (+/- 50)  - pozycja Trendlelenburga od 0 do 15 stopni (+/- 20)  - pozycja anty-Trendlenburga od 0 do 15 stopni (+/- 20)  Sygnalizacja dźwiękowa informująca o najniższej pozycji leża | TAK, PODAĆ PARAMETRY WYMIENIONE W KOLUMNIE OBOK | **Oferowana regulacja wysokości:**  ……………  **Oferowany zakres regulacji segmentu oparcia pleców:**  ………………  **Oferowany zakres regulacji segmentu uda:**  ……………..  **Oferowany zakres regulacji pozycji Trendlelenburga:**  ……………..  **Oferowany zakres regulacji pozycji anty - Trendlelenburga:**  **……………….** |
|  | Łóżko wyposażone w cztery niezależne, opuszczane ruchem półkulistym, tworzywowe barierki boczne, zabezpieczające pacjenta, zgodne z norma medyczną ICE 60601-2-52.  Opuszczanie oraz podnoszenie barierek bocznych w łatwy sposób za pomocą jednej ręki, wspomagane pneumatyczne.  Barierki od strony głowy poruszające się wraz z segmentem oparcia pleców.  Wysokość barierek bocznych zabezpieczająca pacjenta minimum 40 cm.  Barierki boczne wykonane z tworzywa, wypełnione wklejką kolorystyczną.  Możliwość powieszenia drenażu lub worków urologicznych na barierkach. Uchwyty stanowiące część barierek bocznych  Barierki zabezpieczające pacjenta na całej długości leża. | TAK |  |
|  | Wysuwana półka na prowadnicach teleskopowych do odkładania pościeli z miejscem na panel centralny. | TAK |  |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze minimum 260 kg. | TAK, PODAĆ | **Bezpieczne obciążenie robocze:**  **……………………………** |
|  | Układ elektryczny spełniający wymagania IPX6 | TAK |  |
|  | **Elementy wyposażenia łóżek:**   * Wieszak kroplówki wyprofilowany * Materac przeznaczony dla Szpitali i innych placówek medycznych o wymiarach dopasowanych do leża łóżka. Materac wykonany zimnej pianki poliuretanowej o wysokości minimum 12cm, gęstości min 40 kg/m3 i twardości min. 4.1 kPa (+/-10%). Materac wyposażony w pokrowiec paroprzepuszczalny, nieprzemakalny wyposażony w  zamek w kształcie litery „C”. z możliwością prania w temp do 950C, oraz suszenia w temp. do 1000.   **Wbudowany system pomiaru wagi pacjenta**  Waga pacjenta musi spełniać wymogi europejskiej dyrektywy w sprawie wag nieautomatycznych 2014/31/UE oraz normy EN 45501 oraz posiadać świadectwo OMIL.  **Cechy szczególe:**  Sterowanie wagi na pilocie przewodowym z możliwością zawieszenie na szczycie lub odłożenia w półce na pościel, wyświetlacz kolorowy minimum 2,4“. Możliwość ustawienia języków menu.  Autokompensacja - pozwala późniejsze dołożenie/ usunięcie akcesoriów łóżkowych przy zajętym łóżku, bez wpływu na wynik ważenia  Dokładność ważenia minimum 100g-200 g  Funkcja reset/ położenia zerowego - do ustawienia zerowego wyświetlanej wartości wagi po tym, jak założono pożądane akcesoria łóżkowe, ale zanim pacjent będzie się znajdował w łóżku  Funkcja alarmująca o nieobecności pacjenta w łóżku: Przy podłączeniu do sieci nagła utrata wagi powyżej 50 % wartości pomiaru wagi może być sygnalizowana optycznie i akustycznie.  Możliwość ustawienia cykli 1sek, 10sek, 30sek, 1min, 5min, 10min, 15min, 30min, 45min, 60min. | TAK |  |
|  | * Deklaracja Zgodności, * WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych, * Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami, * Certyfikat ISO 13485:2016 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis osoby upoważnionej

**Załącznik nr 1 do SWZ**

**Wykonawca:**

**………………………..…………**

**…………………………..………**

**………………………..…………**

**(*pełna nazwa/firma, adres)***

**NIP *………………………….….***

***KRS ……………………..………***

**OFERTA – Część 5**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na dostawę sprzętu medycznego, w ramach zadania inwestycyjnego pod nazwą: ,,Utworzenie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym” składam ofertę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***j.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość brutto***  ***PLN*** |
| 1. | **Szafka przyłóżkowa**  Producent: ……………………………………  Typ/model: …………………………………… | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Razem:** | | | | |  | x |  |

**UWAGA!**

Jeżeli na przedmiot zamówienia składają się elementy o różnej stawce podatku VAT należy w tabeli powyżej wyszczególnić je odrębnie.

**Termin dostawy:** do 60 dni kalendarzowych

**Oferowany okres gwarancji**: ……………………….(m-cy-min. 24)

**Osoba do kontaktu**: …………………………………

**Adres e-mail:** ……………………………………..

**PARAMETRY TECHNICZNE WYMAGANE I OFEROWANE**

Opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów wymaganych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana przez Wykonawcę  (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej-należy podać wymieniony-oferowany parametr lub w pustym polu potwierdzić -TAK |
|  | **Szafka przyłóżkowa z blatem bocznym - 2 szt** |  |  |
|  | Szafka fabrycznie nowa, rok produkcji min. 2025 | TAK |  |
|  | Szkielet szafki wykonany z profili aluminiowych.  Ramki szuflad i boki korpusu z ocynkowanej blachy stalowej, lakierowanej proszkowo. Konstrukcja szafki składająca się z trzech szuflad z czego szuflada na obuwie wykonana w całości z tworzywa ABS. | TAK |  |
|  | Elementy stalowe pokryte lakierem proszkowym, lakier zgodnie wymogami EN ISO 10993-5:2009 lub równoważnym, potwierdzającym, że stosowane powłoka lakiernicza nie wywołuje zmian nowotworowych. | TAK |  |
|  | Korpus szafki umieszczony na mobilnej podstawie. Korpus szafki obrotowy względem podstawy możliwość ułożenia blatu z lewej/prawej. Funkcje zmiany stron umieszczenia blatu bocznego realizowane jednym przyciskiem w miejscu łatwego dostępu. | TAK |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:  - wysokość - 900 mm (± 20mm),  - szerokość - 600 mm (± 20mm),  - szerokość przy rozłożonym blacie - 1160 mm (± 20mm),  - głębokość - 450 mm (± 20mm),  - regulacja wysokości półki bocznej w zakresie:  od 760 do 1150 mm (± 20mm) | TAK, PODAĆ PARAMETRY WYMIENIONE W KOLUMNIE OBOK | Wysokość:  ………………….  Szerokość:  …………………….  Szerokość przy rozłożonym blacie:  ………………  Głębokość:  …………………  Zakres regulacji wysokości półki:  ……………….. |
|  | Blaty szafki oraz półki bocznej wykonane z tworzywa HPL(gr. min. 6 mm), odpornego na wilgoć, wysoką temperaturę oraz promieniowanie UV. | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMIENIONY W KOLUMNIE OBOK | **Grubość blatu:**  **……………..** |
|  | Tył i boki blatu głównego, wyposażone w ogranicznik chroniący większe przedmioty przed upadkiem, ogranicznik wyposażony w 4 haczyki na ręczniki wykonane z tworzywa oraz tworzywowy uchwyt na szklankę | TAK |  |
|  | Czoła dwóch szuflad wykonane z wodoodpornego tworzywa HPL o gr min. 6mm, zaopatrzone w uchwyty ze stali nierdzewnej. | TAK |  |
|  | Szuflady górna i dolna wysuwane na prowadnicach rolkowych z mechanizmem samo domykającym.  Wnętrze szuflad wypełnione wyjmowanymi wkładami z tworzywa | TAK |  |
|  | Pomiędzy szufladami półka na prasę o wysokości min. 150 mm, dostęp do półki z trzech stron szafki. | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMIENIONY W KOLUMNIE OBOK | **Wysokość półki na prasę:**  **…………….** |
|  | Półka boczna z możliwością regulacji wysokości i kąta pochylenia.  Płynna, bezstopniowa regulacja wysokości półki bocznej wspomagana sprężyną gazową, osłoniętą aluminiową osłoną | TAK |  |
|  | Blat boczny składany do boku szafki również w przypadku dosuniętej szafki do łóżka bez potrzeby zbędnego przekręcania szafką. | TAK |  |
|  | 4 podwójne koła jezdne o średnicy min. 65 mm. z elastycznym, niebrudzącym podłóg bieżnikiem, min. 2 z blokadą. | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMIENIONY W KOLUMNIE OBOK | **Średnica kół:**  **……………….** |
|  | Przystosowana do dezynfekcji środkami dopuszczonymi do użycia w szpitalach | TAK |  |
|  | Pod korpusem dodatkowa szuflada na obuwie lub odzież pacjenta wykonana z wytrzymałego tworzywa ABS | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru kolorów frontów szuflad oraz blatów z min. 10 kolorów oraz możliwość wyboru koloru ramy szafki w tym kolor szary. | TAK |  |
|  | * Deklaracja zgodności * WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych, * Certyfikat ISO 9001:2015 lub równoważny potwierdzający zdolność do ciągłego dostarczania wyrobów zgodnie z wymaganiami, * Certyfikat ISO 13485:2016 potwierdzający, że producent wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością dla wyrobów medycznych. | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis osoby upoważnionej

**Załącznik nr 1 do SWZ**

**Wykonawca:**

**………………………..…………**

**…………………………..………**

**………………………..…………**

**(*pełna nazwa/firma, adres)***

**NIP *………………………….….***

***KRS ……………………..………***

**OFERTA – Część 6**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na dostawę sprzętu medycznego, w ramach zadania inwestycyjnego pod nazwą: ,,Utworzenie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym” składam ofertę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***j.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość brutto***  ***PLN*** |
| 1. | **Skaner żył**  Producent: ……………………………………  Typ/model: …………………………………… | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Razem:** | | | | |  | x |  |

**UWAGA!**

Jeżeli na przedmiot zamówienia składają się elementy o różnej stawce podatku VAT należy w tabeli powyżej wyszczególnić je odrębnie.

**Termin dostawy:** do 60 dni kalendarzowych

**Oferowany okres gwarancji**: ……………………….(m-cy-min. 24)

**Osoba do kontaktu**: …………………………………

**Adres e-mail:** ……………………………………..

**PARAMETRY TECHNICZNE WYMAGANE I OFEROWANE**

Opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów wymaganych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana przez Wykonawcę  (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej-należy podać wymieniony-oferowany parametr lub w pustym polu potwierdzić -TAK) |
|  | **Skaner żył – 2 szt.** |  |  |
| **Illuminator naczyń krwionośnych** | | | |
|  | Przenośne, podręczne urządzenie do iluminacji naczyniowej, umożliwiające w czasie rzeczywistym dokładny obraz powierzchniowej struktury żył pacjenta na dowolnej części ciała na skórze. | TAK |  |
|  | Urządzenie wykrywające żyły pod skórą za pomocą światła podczerwonego. | TAK |  |
|  | Iluminator wykorzystujący kamerę CMOS | TAK |  |
|  | Bezpieczna procedura naświetlania – brak bezpośredniego kontaktu urządzenia ze skórą pacjenta | TAK |  |
|  | Wygodny, min. 1,3” wyświetlacz DLP z informacjami o wybranych trybach i stanie akumulatora | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Wielkość wyświetlacza:  ……………. |
|  | Długość fali światła podczerwonego minimum 850nm | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Długość fali światła podczerwonego  ………….. |
|  | Długość fali światła widzialnego minimum  400-760nm | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Długość fali światła widzialnego:  ………….. |
|  | Urządzenie od razu gotowe do pracy, brak konieczności ustawiania czy instalacji | TAK |  |
|  | Brak konieczności używania jakichkolwiek elementów wielorazowych, w tym nakładek na iluminator, czy na części ciała pacjenta. | TAK |  |
|  | Urządzenie wyposażone w kompatybilną ładowarkę do przewodowego ładowania | TAK |  |
|  | Możliwość pracy na rozładowanym urządzeniu za pomocą ładowarki sieciowej | TAK |  |
|  | Prowadzenie czytelnej projekcji 20-25cm nad ciałem pacjenta | TAK |  |
|  | Głębokość docierania światła podczerwieni przez skórę min. 12 mm | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Głębokość docierania światła:  …………. |
|  | Możliwość pracy przy słabym oświetleniu - ustawienia jasności projekcji na min. 3 poziomach | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Ilość poziomów jasności projekcji:  …………….. |
|  | Min. 3 tryby wyświetlania projekcji:  Standardowy - pozytyw, negatyw oraz mieszany ( możliwość połączenia kolorów w celu wyodrębnienia naczyń krwionośnych leżących głębiej i płycej ) | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia min. 10 kolorów projekcji światła dla odpowiedniego dopasowania do koloru skóry pacjenta | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany rozmiaru projekcji min. 3 rozmiary w celu prowadzenia projekcji pediatrycznych i w razie konieczności skupienia personelu na jednym naczyniu krwionośnym | TAK |  |
|  | Wyraźny obraz projekcji o rozdzielczości min. 856 x 480 pikseli | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Rozdzielczość:  …………. |
|  | Czas pracy min. 2 h | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Czas pracy:  ……………. |
|  | Czas do pełnego naładowania baterii max. 3h | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Czas do pełnego naładowania:  …………. |
|  | Urządzenie zasilane baterią o pojemności min. 3000 mAh, DC 5V 2 A | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Pojemność baterii:  ………….. |
|  | Waga urządzenia z wbudowanym akumulatorem: max. 350 g | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Waga urządzenia:  ………….. |
|  | Wymiary urządzenia w mm (dł. x szer. x gł.): maksymalnie 210 x 60 x 60 | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Wymiary urządzenia:  …………. |
|  | Warunki pracy:  -Zakres temperatur otoczenia: minimum  od -40°C do 60°C  Zakres wilgotności względnej:  od 10% do 90%  Zakres ciśnienia atmosferycznego:  Minimum Od 50kPa do 110 kPa | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Zakres temperatur otoczenia:  ………….  Zakres wilgotności względnej:  ………..  Zakres ciśnienia atmosferycznego:  ………….. |
| **Statyw jezdny** | | | |
|  | Statyw jezdny kompatybilny z iluminatorem | TAK |  |
|  | 5-ramienna podstawa jezdna | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości (maksymalna wysokość: 115cm) | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Maksymalna wysokość:  ………… |
|  | Długość wysięgnika: minimum 55cm | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | Długość wysięgnika:  ………… |
|  | Pantografowa konstrukcja wysięgnika pozwalająca na utrzymanie jednakowej pozycji urządzenia przy regulacji odległości od ciała pacjenta | TAK |  |
|  | Koszyk na akcesoria | TAK |  |
| Pozostałe | | | |
|  | Instrukcja w języku polskim | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis osoby upoważnionej

**Załącznik nr 1 do SWZ**

**Wykonawca:**

**…………………………………..**

**…………………………..………**

**………………………..…………**

**(*pełna nazwa/firma, adres)***

**NIP *………………………….….***

***KRS ……………………..………***

**OFERTA – Część 7**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na dostawę sprzętu medycznego, w ramach zadania inwestycyjnego pod nazwą: ,,Utworzenie Centrum Wsparcia Badań Klinicznych w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym” składam ofertę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***j.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Cena jednostkowa brutto***  ***PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT***  ***%*** | ***Wartość brutto***  ***PLN*** |
| 1. | **Fotel do chemioterapii**  Producent: ……………………………………  Typ/model: …………………………………… | szt. | 5 |  |  |  |  |  |
|  | **Fotel do chemioterapii z wagą**  Producent: ……………………………………  Typ/model: …………………………………… | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | **Razem:** | | | | |  | x |  |

**UWAGA!**

Jeżeli na przedmiot zamówienia składają się elementy o różnej stawce podatku VAT należy w tabeli powyżej wyszczególnić je odrębnie.

**Termin dostawy:** do 60 dni kalendarzowych

**Oferowany okres gwarancji**: ……………………….(m-cy-min. 24)

**Osoba do kontaktu**: …………………………………

**Adres e-mail:** ……………………………………..

**PARAMETRY TECHNICZNE WYMAGANE I OFEROWANE**

Opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów wymaganych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana przez Wykonawcę  (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej-należy podać wymieniony-oferowany parametr lub w pustym polu potwierdzić -TAK) |
|  | **Fotel do chemioterapii - 5 szt.** |  |  |
|  | Fotel 3-segmentowy przeznaczony do długotrwałych terapii i zabiegów | TAK |  |
|  | Konstrukcja wykonana ze stali lakierowanej proszkowo, kolumnowa łatwa do czyszczenia i dezynfekcji. Konstrukcja stabilna umożliwiająca wykonanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej CPR. Kolorystyka ramy stalowej dostępna w min. 15 wariantach. | TAK |  |
|  | Całkowita długość minimum 2150mm  Całkowita długość w pozycji fotelowej (maksymalnie złożony fotel): max. 1500mm  Całkowita szerokość (wraz z podłokietnikami): max. 880mm  Szerokość leża minimum 600mm | TAK, podać parametry wymienione w kolumnie z prawej strony | **Długość całkowita:**  ……………….  **Całkowita długość w pozycji fotelowej:**  ………………  **Całkowita szerokość z podłokietnikami:**  ………………  **Szerokość leża:**  ……………. |
|  | Segment pleców w celu zapewnienia większego komfortu pacjenta profilowany oraz w części brakowej poszerzony do szerokości minimum 750mm | TAK, podać parametry wymienione w kolumnie z prawej strony | **Szerokość segmentu pleców w części barkowej**:  ……………… |
|  | Regulacja wysokości siedziska minimum w zakresie: 510 mm do 1000 mm uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem przewodowym | TAK, podać parametry wymienione w kolumnie z prawej strony | **Zakres regulacji wysokości siedziska:**  …………………… |
|  | Regulacja segmentu podparcia pleców w zakresie min. 0 – 750 uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem przewodowym. | TAK, podać parametry wymienione w kolumnie z prawej strony | **Zakres regulacji segmentu podparcia pleców:**  ……………….. |
|  | Regulacja segmentu podudzia w zakresie min. 0 – 450 uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem przewodowym. | TAK, podać parametry wymienione w kolumnie z prawej strony | **Zakres regulacji segmentu podudzia:**  ……………….. |
|  | Elektryczna funkcja Trendelenburga min. 100 realizowana poprzez pilot przewodowy. Specjalne oznaczenie funkcji na pilocie przewodowym | TAK |  |
|  | Elektryczna pozycja wyjściowa uzyskiwana po naciśnięciu jednego wyraźnie oznaczonego przycisku na pilocie przewodowym z max. uniesionym segmentem pleców i max. opuszczonym segmentem nóg – pozycja ułatwiająca pacjentowi wejście i opuszczenie fotela. | TAK |  |
|  | Jednoczesna i niezależna regulacja segmentem pleców i segmentem nóg. | TAK |  |
|  | Segment podudzia wyposażony podparcie stóp wykonane z płyty HPL z regulacją wysuwu w zakresie min. 160 mm. | TAK, podać parametry wymienione w kolumnie z prawej strony | **Zakres regulacji wysuwu:**  ………………. |
|  | Segmenty fotela wykonane z płyty HPL. Materac piankowy 2 elementowy (segmentu pleców oraz segment siedziska i nożny razem). Materac duży segmentu siedziska i nóg odejmowany bez konieczności użycia narzędzi, umożliwiający łatwe dotarcie do segmentów fotela oraz spodniej części materaca w celach mycia i dezynfekcji.  Tapicerka wykonana ze zmywalnego materiału ognioodpornego: o właściwościach antybakteryjnych i przeciwgrzybicznych potwierdzonych certyfikatem. Tapicerka dostępna w różnych kolorach. | TAK |  |
|  | Podstawa oraz segment siedziska zabudowane osłonami z tworzywa ABS. Fotel wyposażony w 4 koła o średnicy min. 125 mm z centralną blokadą min. 2 kół. Blokada dostępna z obu stron fotela za plecami pacjenta. | TAK, podać parametry wymienione w kolumnie z prawej strony | .  **Średnica kół:**  ………………… |
|  | Fotel wyposażony w dwa odejmowane, tapicerowane bezszwowo i profilowane podłokietniki o wymiarach minimum 500x140 mm z regulacją:  - wysokości w zakresie min. 100 mm,  - kąta nachylenia w płaszczyźnie pionowej min. +/- 150,  - kąta nachylenia w płaszczyźnie poziomej min. +/- 900,  - odchylane do góry min. 750 w celu łatwego wsiadania pacjenta na fotel.  Podłokietniki zintegrowane z segmentem pleców z funkcją utrzymania pozycji ustalonej poziomej przy jednoczesnym ruchu segmentem pleców bez konieczności korygowania ustawienia przez personel medyczny. | TAK, podać parametry wymienione w kolumnie z prawej strony | **Wymiary podłokietników:**  **………………**  **Zakres regulacji wysokości podłokietników:**  **………………**  **Zakres nachylenia podłokietników w płaszczyźnie pionowej:**  **……………….**  **Zakres nachylenia podłokietników w płaszczyźnie poziomej:**  **……………….** |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze min. 230 kg | TAK |  |
|  | Waga własna fotela (bez wyposażenia) max. 80kg | TAK, podać | **Waga własna fotela:**  **…………….** |
|  | Wyposażenie:  - uchwyty na pilota przy zewnętrznej krawędzi podłokietnika po obu stronach leża,  - tapicerowany podgłówek z regulacją wysokości,  - uchwyt na podkład jednorazowy za segmentem pleców,  - uchwyt na kubek jednorazowy z miejscem na telefon komórkowy przy podłokietniku z możliwością jego schowania pod podłokietnik,  - gniazdo USB pod segmentem siedziska,  - stolik boczny zintegrowany z konstrukcją fotela z możliwością regulacji wysokości, ustawienia w pozycji pionowej, regulacji kąta nachylenia i odchylenia blatu względem siedziska, wykonany z płyty HPL o wymiarach min. 430x330 mm,  - stojak kroplówki z regulacją wysokości zintegrowany z podstawą fotela z możliwością montażu po obu stronach fotela,  - półka boczna montowana do statywu kroplówki z regulacją wysokości o wymiarach min. 230x150 mm | TAK |  |
|  | Stopień ochrony izolacji IP44 | TAK |  |
|  | Gwarancja – min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | **Fotel do chemioterapii z wagą – 1 szt.** |  |  |
|  | Fotel 3-segmentowy przeznaczony do długotrwałych terapii i zabiegów | TAK |  |
|  | Konstrukcja wykonana ze stali lakierowanej proszkowo, kolumnowa łatwa do czyszczenia i dezynfekcji. Konstrukcja stabilna umożliwiająca wykonanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej CPR. Kolorystyka ramy stalowej dostępna w min. 15 wariantach. | TAK |  |
|  | Całkowita długość minimum 2150mm | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | **Długość całkowita:**  **……………** |
|  | Całkowita długość w pozycji fotelowej (maksymalnie złożony fotel): max. 1500mm | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | **Całkowita długość w pozycji fotelowej:**  **………….** |
|  | Całkowita szerokość (wraz z podłokietnikami): max. 880mm | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | **Całkowita szerokość:**  **…………….** |
|  | Regulacja segmentu podparcia pleców w zakresie min. 0 – 750 uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem przewodowym. | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | **Zakres regulacji segmentu podparcia pleców:**  **……………..** |
|  | Regulacja segmentu podudzia w zakresie min. 0 – 450 uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem przewodowym. | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | **Zakres regulacji segmentu podudzia:**  ……………….. |
|  | Elektryczna funkcja Trendelenburga min. 100 realizowana poprzez pilot przewodowy. Specjalne oznaczenie funkcji na pilocie przewodowym | TAK |  |
|  | Elektryczna pozycja wyjściowa uzyskiwana po naciśnięciu jednego wyraźnie oznaczonego przycisku na pilocie przewodowym z max. uniesionym segmentem pleców i max. opuszczonym segmentem nóg – pozycja ułatwiająca pacjentowi wejście i opuszczenie fotela. | TAK |  |
|  | Jednoczesna i niezależna regulacja segmentem pleców i segmentem nóg. | TAK |  |
|  | Segment podudzia wyposażony podparcie stóp wykonane z płyty HPL z regulacją wysuwu w zakresie min. 160 mm. | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | **Zakres regulacji wysuwu:**  ………………. |
|  | Segmenty fotela wykonane z płyty HPL. Materac piankowy 2 elementowy (segmentu pleców oraz segment siedziska i nożny razem). Materac duży segmentu siedziska i nóg odejmowany bez konieczności użycia narzędzi, umożliwiający łatwe dotarcie do segmentów fotela oraz spodniej części materaca w celach mycia i dezynfekcji.  Tapicerka wykonana ze zmywalnego materiału ognioodpornego: o właściwościach antybakteryjnych i przeciwgrzybicznych potwierdzonych certyfikatem. Tapicerka dostępna w różnych kolorach. | TAK |  |
|  | Podstawa oraz segment siedziska zabudowane osłonami z tworzywa ABS. Fotel wyposażony w 4 koła o średnicy min. 125 mm z centralną blokadą min. 2 kół. Blokada dostępna z obu stron fotela za plecami pacjenta. | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | **Średnica kół:**  ………………… |
|  | Fotel wyposażony w dwa odejmowane, tapicerowane bezszwowo i profilowane podłokietniki o wymiarach minimum 500x140 mm z regulacją:  - wysokości w zakresie min. 100 mm,  - kąta nachylenia w płaszczyźnie pionowej min. +/- 150,  - kąta nachylenia w płaszczyźnie poziomej min. +/- 900,  - odchylane do góry min. 750 w celu łatwego wsiadania pacjenta na fotel.  Podłokietniki zintegrowane z segmentem pleców z funkcją utrzymania pozycji ustalonej poziomej przy jednoczesnym ruchu segmentem pleców bez konieczności korygowania ustawienia przez personel medyczny. | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | **Wymiary podłokietników:**  **………………**  **Zakres regulacji wysokości podłokietników:**  **………………**  **Zakres nachylenia podłokietników w płaszczyźnie pionowej:**  **……………….**  **Zakres nachylenia podłokietników w płaszczyźnie poziomej:**  **……………….** |
|  | Wyposażenie:  - uchwyty na pilota przy zewnętrznej krawędzi podłokietnika po obu stronach leża,  - tapicerowany podgłówek z regulacją wysokości,  - uchwyt na podkład jednorazowy za segmentem pleców,  - uchwyt na kubek jednorazowy z miejscem na telefon komórkowy przy podłokietniku z możliwością jego schowania pod podłokietnik,  - gniazdo USB pod segmentem siedziska,  - stolik boczny zintegrowany z konstrukcją fotela z możliwością regulacji wysokości, ustawienia w pozycji pionowej, regulacji kąta nachylenia i odchylenia blatu względem siedziska, wykonany z płyty HPL o wymiarach min. 430x330 mm,  - stojak kroplówki z regulacją wysokości zintegrowany z podstawą fotela z możliwością montażu po obu stronach fotela,  - półka boczna montowana do statywu kroplówki z regulacją wysokości o wymiarach min. 230x150 mm | TAK |  |
|  | Wbudowany system ważenia wyposażony w wielofunkcyjny obrotowy, dotykowy panel sterowania w rozmiarze min. 10” z wyświetlaczem,  - funkcje wagi: autotest po włączeniu zasilania, odliczanie do utraty wagi, stabilizator skali, alarm utraty wagi, alarm wyjścia pacjenta, wskaźnik stanu baterii, dane identyfikacyjne pacjenta, automatyczne zerowanie przy włączeniu, Tara automatyczna i ręczna, automatyczne zapamiętywanie masy początkowej i końcowej w pamięci arkusza danych pacjenta i automatyczne przesłanie poprzez USB i Port Ethernet z zabezpieczeniem sumy kontrolnej, utrata masy ciała prezentowana graficznie i numerycznie,  - system ważenia wyposażony w akumulator min. 12 godz. pracy,  - maksymalne obciążenie do 200kg,  - dokładność ważenia 100g,  - możliwość sterowania fotelem z panelu. | TAK, PODAĆ PARAMETR WYMAGANY W KOLUMNIE OBOK | **Rozmiar panelu dotykowego:**  …………  **Maksymalne obciążenie:**  **………..**  **Długość pracy akumulatora po naładowaniu:**  **……………** |
|  | Stopień ochrony izolacji IP44 | TAK |  |
|  | Gwarancja – min. 24 miesiące | TAK |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis osoby upoważnionej