**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 równoważnyPamięć RAM minimum 8GBDysk twardy minimum 1TBMonitor minimum 23”Nagrywarka DVDKarta sieciowaSystem operacyjny Windows 11Zasilacz awaryjny UPSOsprzęt systemu: konsola ułatwiająca przemieszczanie systemu, zestaw okablowaniaDrukarka 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/3DPrzeglądanie map trójwymiarowych w technologii Virtual Reality za pomocą dołączonych okularów VRMapowanie potencjałówMapowanie gęstości pola (SCD)Mapowanie prędkości zmian potencjału (pochodna po czasie)Mapowanie widma mocy względnej %Mapowanie widma mocy bezwzględnej (RMS)Mapowanie asymetrii potencjałowejMapowanie koherencji i jej fazy dla odprowadzeńMapowanie częstotliwości dominujących i środka ciężkościPodgląd wartości elektrod i dowolnego punktu mapyAutomatyczne dostosowywanie skali kolorystycznej wartościMapowanie z zastosowaniem referencji do uszu, Goldmana (średniej), Cz, Fz albo laplasjanuWyświetlanie wielu map (z zadanego zakresu)Zastosowanie różnych metod interpolacji wartościMapowanie trójwymiarowe na czaszce i modelu mózguTrójwymiarowa prezentacja rozkładu wartości mapyMożliwość drukowania map w kolorze i odcieniach szarościPrezentacja izolinii mapy | TAK |  |
| **AKCESORIA** |
|  | Wymagane akcesoria:czepek silikonowy do badań EEGzestaw 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 mmSzerokość 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 bocznychBarierki 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 mmSzerokość 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 bocznychBarierki 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 ważeniaDokładność ważenia minimum 100g-200 gFunkcja reset/ położenia zerowego - do ustawienia zerowego wyświetlanej wartości wagi po tym, jak założono pożądane akcesoria łóżkowe, ale zanim pacjent będzie się znajdował w łóżkuFunkcja 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 minimum400-760nm  | 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: minimumod -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. 1500mmCałkowita 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