**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. | **Wideodermatoskop z opcją mapowania ciała**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

**Osoba do kontaktu**: …………………………………

**Adres e-mail:** ……………………………………..

**PARAMETRY TECHNICZNE WYMAGANE I OFEROWANE**

Opis przedmiotu zamówienia – zestawienie parametrów wymaganych

**Część nr 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana(Parametr wymagany-TAK, Parametr niewymagany-NIE) | Wartość oferowana przez Wykonawcę (należy we wskazanych wierszach podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej  |
|  | **Wideodermatoskop z opcją mapowania ciała – 1 szt.** |  |  |
|  | System do wideodermoskopii i mapowania całego ciała (kompletny zestaw, gotowy do pracy). Urządzenie fabrycznie nowe. | TAK |  |
| **Kamera wideodermoskopowa:** |
|  | Rozdzielczość kamery wideodermoskopowej: min. 1920x1080 pikseli (Full HD)-minimalny wymagany parametr | TAK, podaćParametr oceniany-punktowany: Min. 1920x1080 pikseli (Full HD) – 0 pktMin. 3096x2080 pikseli – 5 pkt | Należy podać rozdzielczość kamery:…………………………. |
|  | Rozdzielczość podglądu na żywo | TAK, podaćParametr oceniany-punktowany:-Min. 1920x1080 pikseli (Full HD) minimalny wymagany parametr– 0 pkt.-Min. 3096x2080 pikseli – 5 pkt | Należy podać rozdzielczość podglądu na żywo:…………………………. |
|  | Wyświetlanie obrazu (ilość klatek na sekundę): min 24 klatki/sek (minimalny wymagany parametr) | Tak, podaćParametr oceniany-punktowany:Min. 24 i < 60 klatek na sekundę – 0 pkt≥ 60 klatek na sekundę – 5 pkt | Należy podać ilość klatek na sekundę:………………………….. |
|  | Kamera wyposażona w obiektyw zapewniający rzeczywiste powiększenie optyczne min. 80x (minimalny wymagany parametr) | Tak, podaćParametr oceniany-punktowany:- 80x – 0 pkt- od 81x do 89x - 5 pkt- 90x i więcej – 10 pkt | Należy podać rzeczywiste powiększenie optyczne:……………………………. |
|  | Powiększenia predefiniowane, zmieniane skokowo: 20x, 30x, 40x, 50x, 60x, 70x, 80x, 90x  | Nie- parametr niewymagany-punktowany Parametr oceniany:Należy podać: TAK: 5 pktNIE: 0 pkt | Należy wpisać: TAK lub NIE:……………………….. |
|  | Waga kamery maksymalnie 850g (parametr wymagany) | Tak, podaćParametr oceniany:powyżej 750g – 0 pkt- 750 – 550 g – 5 pkt- do 550 g – 10 pkt | Należy podać wagę kamery:………………………. |
|  | Możliwość wykonywania zdjęć dermoskopowych i klinicznych tą samą kamerą | Tak |  |
|  | Szybki autofokus zarówno w trybie zdjęć klinicznych jak i dermoskopowych bez konieczności manualnego ustawienia ostrości = rozwiązanie nr 1lubAutofokus w trybie zdjęć klinicznych i ręczne ustawienie ostrości skalibrowane na powierzchnię kontaktu ze skórą, z możliwością korekcji w trybie zdjęć dermaskopowych = rozwiązanie nr 2(parametr wymagany-opcjonalnie: 1 lub 2) | Tak, podaćParametr oceniany:Rozwiązanie nr 1: 5 pktRozwiązanie nr 2: 0 pkt | Należy podać rozwiązanie nr 1 lubrozwiązanie nr 2 |
|  | Kamera wyposażona w adaptery: zamknięty do badania kontaktowego w dermoskopii i trichoskopii, do miejsc trudnodostępnych oraz otwarty do badania bezkontaktowego. | Tak |  |
|  | Oświetlenie kamery LED | Tak |  |
|  | Kamera wyposażona w diodowe oświetlenie pierścieniowe | Tak |  |
|  | Źródło światła wbudowane w kamerę | Tak |  |
|  | Wbudowany w kamerę tryb światła spolaryzowanego i niespolaryzowanego, możliwość przełączania za pomocą przycisku na kamerze, bez konieczności wymiany adapterów, głowic i końcówek = rozwiązanie nr 1Lub Zmiana pomiędzy trybem spolaryzowanym i niespolaryzowanym za pomocą zmiany adaptera lub głowicy lub końcówki = rozwiązanie nr 2(parametr wymagany-opcjonalny: 1 lub 2) | Tak, podaćParametr oceniany:- Rozwiązanie nr 1: 5 pkt.- Rozwiązanie nr 2: 0 pkt. | Należy podać: rozwiązanie nr 1 lub rozwiązanie nr 2: |
|  | Dodatkowy wyświetlacz dotykowy wbudowany w kamerę | Nie-parametr niewymagany, punktowanyParametr oceniany: TAK – 5 pkt.NIE – 0 pkt. | Należy podać TAK lub NIE |
|  | Regulacja powiększenia za pomocą przycisków na kamerze i w oprogramowaniu | Tak |  |
|  | Możliwość zapisania i odrzucenia zdjęcia bezpośrednio za pomocą przycisków na kamerze | Tak |  |
|  | Możliwość przypisania numeru do obrazowanej zmiany skórnej w celu tworzenia uporządkowanej fotodokumentacji | Tak |  |
|  | Przechodzenie pomiędzy numerami znamion z poziomu przycisku na kamerze oraz w oprogramowaniu | Tak |  |
|  | Wykonywanie zdjęć skóry zarówno za pomocą przycisku na ekranie monitora jak i przycisku na kamerze | Tak |  |
| **Funkcje oprogramowania:** |
|  | Podgląd obrazu „na żywo” na ekranie monitora komputerowego | Tak |  |
|  | Możliwość przypisania kryterium oceny do znamienia minimum dwa kryteria. (parametr wymagany) | Tak, wymagane minimum 2 kryteriaNależy podać ilość kryteriówParametr oceniany(punktowany):≥6 kryteriów – 10 pkt.< 6 kryteriów – 0 pkt. | Ilość kryteriów: |
|  | Moduł porównywania obrazów dermoskopowych z wcześniejszych wizyt poprzez zestawienie dwóch zdjęć obok siebie | Tak |  |
|  | Możliwość wyświetlania wszystkich zdjęć z jednej lokalizacji w jednym wierszu chronologicznie, w celu wizualizacji ewolucji badanej zmiany | Tak |  |
|  | Możliwość przypisanie dowolnej ilości zdjęć dermoskopowych do każdej zmiany oznaczonej numerem | Tak |  |
|  | Funkcja zaawansowanego wyszukiwania znamion/przypadków/chorób skórnych według wybranego kryterium m.in.: lokalizacja, diagnoza, data wykonania badania | Tak |  |
|  | Funkcja zdjęć kontrolnych - nałożenie cienia zdjęcia z dowolnej poprzedniej wizyty na podgląd „na żywo” zmiany na skórze pacjenta podczas badania kontrolnego | Tak |  |
|  | Funkcja importu zdjęć do programu z zewnętrznych nośników i przypisanie ich do konkretnej zmiany na skórze | Tak |  |
|  | Funkcja eksportu zdjęć na nośnik zewnętrzny w różnych formatach (minimum dwa formaty) | Tak, wymagane minimum 2 formatyNależy podać ilość formatów.Parametr oceniany-punktowany:<4 formaty – 0 pkt≥4 formaty – 5 pkt | Ilość formatów: |
|  | Funkcja kreatora raportów dla pacjenta min. z zaleceniami, komentarzami tekstowymi | Tak |  |
|  | Możliwość wyboru w oprogramowaniu warunków oświetlenia przy zdjęciach lokalizujących zmiany skórne: światło sztuczne, dzienne, neon, LED, stałe. | Tak |  |
|  | Automatyczny balans bieli. | Tak |  |
|  | Program do analizy znamion, umożliwiający automatyczną analizę znamion, obliczający powierzchnię zmiany, obwód, przekątne oraz obliczanie wskaźnika asymetrii, wskaźnika wpisania w koło/elipsę, wskaźnika regularności granic oraz symetrii koloru, umożliwiający analizę znamienia w ocenie zgodnie z 3-punktową, 7-punktową listą kontrolną oraz zasadą ABCD; zawierający bazę/katalog zdjęć zdiagnozowanych przypadków do porównywania. Umożliwiający analizę znamion za pomocą algorytmów sztucznej inteligencji.Program posiadający własną certyfikację, dopuszczony do badania pacjentów. Zamawiający wymaga załączenia do oferty deklaracji zgodności programu do analizy znamion.Licencja na czas trwania gwarancji.  | Parametr niewymagany (punktowany)Parametr oceniany:TAK – 10 pktNIE – 0 pkt(TAK= sklasyfikowany zgodnie z certyfikacją w Unii Europejskiej MDR - Medical Device Regulations / MDD - Medical Device Directive, minimum klasy 2a) | Należy podać TAK lub NIE: |
| **Stacja robocza** |
|  | Procesor nie gorszy niż procesor, który w testach na stronie cpubenchmark.net osiąga w Average CPU Mark wartość nie mniejszą niż 30 000 pkt. | Tak, podać | Ilość punktów w testach: |
|  | Karta graficzna wyposażona w pamięć RAM o pojemności min. 4GB | Tak, podać | Pojemność pamięci RAM karty graficznej: |
|  | Dysk SSD minimum 250 GB | Tak, podać | Pojemność dysku SSD: |
|  | Pamięć RAM: min. 16GB | Tak, podać | Wielkość pamięci RAM: |
|  | Monitor min. LCD 27”, rozdzielczość min. 3840x2160 pikseli | Tak, podać | Przekątna ekranu monitora:Rozdzielczość: |
|  | Min. 8 wolnych portów USB (min. 4 x USB 2.0,min. 4x USB 3.0) | Tak, podać | Ilość wolnych portów USB 2.0:Ilość wolnych portów USB 3.0:  |
|  | Graficzny system operacyjny umożliwiający użytkownikowi pracę na oprogramowaniu  | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia urządzenia do sieci internetowej LAN poprzez wbudowany port RJ-45. Karta sieciowa ze złączem Ethernet 100/1000 Mbps | Tak |  |
|  | Klawiatura, mysz | Tak |  |
|  | Pokrowiec na kamerę | Tak |  |
|  | Mobilny wózek na 4 kołach, wyposażony w: szufladę na akcesoria dodatkowe, uchwyt na kamerę wideodermoskopową z blokadą zabezpieczającą przed upadkiem kamery, uchwyt na monitor umożliwiający obrót o 90 stopni, statyw na aparat fotograficzny, automatyczną wieżę pozwalającą na pracę aparatu „góra – dół”, odbijacz zabezpieczający aparat przed uderzeniem w przeszkodę  | Tak |  |
|  | Funkcje i akcesoria warunkujące identyczność ustawienia pacjenta przed obiektywem podczas kolejnych wizyt mapowania znamion, min.: tło fotograficzne, mata podłogowa z ustawieniami stóp, plakat z pozycjami pacjenta, wskaźnik laserowy w postaci linii wskazującej odległość i kąt ustawienia wózka względem maty podłogowej | Tak |  |
|  | Cyfrowy aparat fotograficzny z obiektywem o rozdzielczości nie gorszej niż 30 MPx(parametr wymagany) | Tak, podać | Rozdzielczość obiektywu: |
|  | System standaryzowanego oświetlenia ciała pacjenta, wyposażony w filtr polaryzujący, podkreślający istotne klinicznie struktury na skórze | Tak |  |
| **Pozostałe:** |
|  | Przedmiot oferty kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.  | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać | Okres gwarancji: |
|  | Szkolenie personelu w zakresie obsługi i konserwacji oferowanego urządzenia- minimum 2 szkolenia stacjonarne oraz pomoc szkoleniowa online | Tak |  |

 **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. | **Dermatoskop**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

**Część nr 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana(Parametr wymagany-TAK, Parametr niewymagany-NIE) | Wartość oferowana przez Wykonawcę (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej) |
|  | **Dermatoskop – 1 szt.** |  |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy; rok produkcji – nie wcześniejszy niż 2024 | Tak |  |
|  | Średnica optyki max. Ø 32mm | Tak, podać | Średnica optyki: |
|  | Możliwe przewijanie przez zakres polaryzacji poprzez obracanie głównego przycisku | Tak |  |
|  | Możliwość badania głębokości zmian skórnych | Tak |  |
|  | Optyka z powiększeniem minimum 10x | Tak, podać | Wartość powiększenia: |
|  | Wysoka rozdzielczość z bliskiej odległości | Tak |  |
|  | Wyposażony w minimum: 4 diody LED UV i 16 białych diod LED | Tak, podać  | Ilość diod LED UV:Ilość diod LED białych: |
|  | Umożliwia dostrzeżenie fluorescencji | Tak |  |
|  | Optymalne oświetlenie dzięki wydajnym diodom LED | Tak |  |
|  | Minimum 9 różnych poziomów regulacji jasności i polaryzacji | Tak, podać | Ilość poziomów regulacji: |
|  | Zdejmowana, autoklawowalna płytka kontaktowa ze skalą 10 mm | Tak |  |
|  | Zasilanie: długożywotny akumulator z możliwością wielokrotnego ładowania | Tak |  |
|  | Chowany pierścień dystansujący | Tak |  |
|  | Wbudowana bezcieniowa latarka diagnostyczna LED | Tak |  |
|  | Wymagane minimalne wyposażenie:- podstawka ładująca- uniwersalny adapter MCC do smartfonów- jednorazowe nakładki (minimum 5 sztuk)- okular- linijka z mocowaniem magnetycznym (minimum 100 mm)- kabel USB (minimum 2 m)- pokrowiec- ściereczka z mikrofibry | Tak |  |
|  | Wyrób medyczny | Tak |  |
|  | Końcówka kontaktowa do badania miejsc trudno dostępnych | Tak |  |
|  | Autoryzowany serwis | Tak |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące  | Tak, podać | Okres gwarancji: |

Parametr oceniany – gwarancja :

24 miesiące- 0pkt

36 miesięcy- 20 pkt

48 miesięcy – 40 pkt

 **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. | **Spirometr**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

**Część nr 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana(Parametr wymagany-TAK, Parametr niewymagany-NIE) | Wartość oferowana przez Wykonawcę (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej) |
|  | **Spirometr z drukarką - 1 szt.** |  |  |
|  | Spirometr umożliwiający badania spirometrii wolnej, natężonej krzywej przepływ objętość oraz maksymalnej dowolnej wentylacji minutowej. Sprzęt pozwalający na dołączenie dodatkowych modułów:a) opór oddechowy metodą okluzjib) moduł pomiaru siły mięśni wdechowych (czas relaksacji przepony)c) moduł pomiaru maksymalnych ciśnień wdechowych i wydechowychd) wzorzec oddechowye) wzorzec oddechowy z P01f) moduł elektronicznej stacji pomiarowej warunków otoczenia (temperatura, ciśnienie, wilgotność) | Tak |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie starszy niż 2025. | Tak |  |
|  | Spirometr umożliwiający w badaniu spirometrycznym mierzenie wielkości takich jak: VC, IVC , SAT, FEV1/VC, FEV1/IVC, FEV1/VCmax, IC, ERV, TV, IRV, MV, BF | Tak |  |
|  | Spirometr umożliwiający w badaniu krzywa przepływ-objętość mierzenie wielkości takich jak:FVC, FIVC, AT, AEX, AIN, FEV0.5, FEV1/FVC, FEV1/FIVC, FEV1/FVCmax, MEF 75, MEF 50, MEF25, MIF50, MEF50/MIF50, MEF25/75, MEF 75/85, PEF, PIF, PEF/MEF 75%, FET, FIT, MTT, TC 25/50, TPEF, TPIF, VPEF, VPIF, MVV, FEV0.75, FEV1, FEV2, FEV3, FEV6, FVC EX, PEF, MEF@FRC, FEF75/85, FEF25/75, FEF 0.2-1.2, VPEF, TPEF, FET, TPEF%FET, MEF50% FVC EX, FEV1% FVC EX, FEV1% VC, FEV1/PEF, VCmax, FEV1% VCmax, FEV1% FEV3, FEV1% FEV6, BEV, BEV%FVCex, TC25/50, MTT, FVC IN, FIV1, PIF, MIF50, FIT, TPIF, VPIF, TPIF%FIT, FEV1% FVC IN, MEF50/MIF50, PEF/PIF, FEV1/FIV1, FET%FIT, TTOT. | Tak |  |
|  | Spirometr umożliwiający w badaniu Maksymalna Minutowa Wentylacja Dowolna mierzenie wielkości takich jak:MVV, BF, BR | Tak |  |
|  | Wymagane zakresy pomiarowe:- zakres pomiaru przepływu +/- 20 l/s - rozdzielczość pomiaru przepływu 10 ml/s- dokładność pomiaru przepływu < 2%- zakres pomiaru objętości +/- 10 l  - rozdzielczość pomiaru objętości 10 ml- dokładność pomiaru objętości < 2%- oporność głowicy < 0,9 cm/l/sek. przy przepływie 14 l/s | Tak |  |
|  | Głowica pneumotachograficzna sterylizowana w całości z gwarantowaną liczbą sterylizacji minimum 10000 | Tak, podać | Gwarantowana ilość sterylizacji: |
|  | Głowica pneumotachograficzna wymienna dla każdego pacjenta (bez konieczności stosowania jednorazowych filtrów przeciwbakteryjnych). | Tak |  |
|  | Automatyczna kontrola wiarygodności i poprawności wykonanego badania spirometrycznego zgodnie z zaleceniami ERS/ATS 2019Ocena jakości badania w skali A-F:- automatyczna ocena prawidłowo wykonanego badania- automatyczna ocena próby rozkurczowej wg standardów ERS- możliwość automatycznej diagnozy pod warunkiem prawidłowego wykonania badania (klasa A lub B) | Tak |  |
|  | Prezentacja graficzna wolnej spirometrii i natężonej krzywej przepływ – objętość w czasie rzeczywistymPrezentacja graficzna badania w czasie rzeczywistym w trzech osiach: przepływ, objętość, czasMożliwość prezentacji krzywej przepływ-objętość na tle obrazu krzywej należnej w czasie rzeczywistym. | Tak |  |
|  | Możliwość konfiguracji raportów zawierających:- dane instytucji prowadzącej badanie- dane pacjenta- informacje o parametrach badania- wartości należne z informacją o ich autorze- liczbę odchyleń standardowych i percentyli- porównania pomiarów- zapisane krzywe-wykresy- trendy zmian wartości mierzonych wielkości- definiowaną przez obsługę liczbę mierzonych wielkości oraz ich kolejność- możliwość definiowania własnych raportów w bazie danych- możliwość wyboru pacjentów ze względu na płeć, wiek, wzrost, wagę- możliwość wyszukiwania pacjentów i grup ze względu na schorzenie, spadek określonego parametru itp. | Tak |  |
|  | Baza danych:Wprowadzenie danych pacjenta: imię, nazwisko, PESEL, waga, wzrost. płeć, numer identyfikacyjny, informacji o paleniu tytoniu, przyjmowanych lekach, zmierzonych wartościach: ciśnienia krwi, tętna, SpO2, TLCWyszukiwanie, wprowadzanie opisów i ocen oraz porównywania i prezentacji wyników badań Zapis, archiwizacja, przeglądanie, porównywanie, prezentacja wykonanych pomiarówOcena i porównanie pomiarów spirometrycznych wykonanych przed oraz po leku rozkurczowym Wydruk wyników i raportów i/lub przesyłanie wyników badań w formacie PDF Możliwość wykonania kopii bezpieczeństwa we wskazanej lokalizacjiEksport wyników do formatu arkusza kalkulacyjnego (EXCEL)Zapis badań w PDF | Tak |  |
|  | Sprzęt kompatybilny z systemem AMMS | Tak |  |
|  | Oprogramowanie pracujące w środowisku Windows’10, ‘11 | Tak |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące  | Tak, podać | Okres gwarancji: |

Parametr oceniany – gwarancja :

24 miesiące- 0pkt

36 miesięcy- 20 pkt

48 miesięcy – 40 pkt

 **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. | **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

**Część nr 4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana(Parametr wymagany-TAK, parametr niewymagany-NIE) | Wartość oferowana przez Wykonawcę (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej) |
|  | **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, podać | Okres gwarancji: |

 **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. | **Aparat EKG**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

**Cześć nr 5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana(parametr wymagany- TAK, parametr niewymagany-NIE) | Wartość oferowana przez Wykonawcę (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej) |
|  | **Aparat EKG – 2 szt** |  |  |
|  | Urządzenie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2024 rok. | TAK, podać | Rok produkcji: |
|  | Kanały wejściowe EKG: 12-odprowadzeniowe | TAK |  |
|  | Impedancja wejściowa: ≥100 MΩ | TAK |  |
|  | Współczynnik tłumienia trybu wspólnego (CMRR)≥ 140 dB | TAK |  |
|  | Pasmo przenoszenia: Do 350 Hz | TAK |  |
|  | Precyzyjne próbkowanie, 24-bitowe próbkowanie AD, częstotliwość próbkowania 32K | TAK |  |
|  | Kalibracja 1 mV w trybie ręcznym | TAK |  |
|  | Tłumienie dryfu linii bazowej i zakłóceń EMG | TAK |  |
|  | Urządzenie przechowuje co najmniej 10 000 konwencjonalnych danych EKG | TAK, podać | Ilość przechowywanych konwencjonalnych danych EKG: |
|  | Minimum 10-calowy pojemnościowy ekran dotykowy, konstrukcja pełno płaszczyznowa | TAK, podać | Przekątna ekranu: |
|  | Rozdzielczość ekranu min. 1280 × 800 pikseli | TAK, podać | Rozdzielczość ekranu: |
|  | Sześć opcji czułości: 2,5 mm/mV, 5 mm/mV, 10 mm/mV, 20 mm/mV, 40 mm/mV i auto | TAK |  |
|  | Dokładność czułości ±5% | TAK |  |
|  | Sześć opcji podstawy czasu: 5 mm/s, 6,25 mm/s, 10 mm/s, 12,5 mm/s, 25 mm/s i 50 mm/s | TAK |  |
|  | 12 odprowadzeń obsługuje sześć formatów wyświetlania przebiegu: 12×1, 6×2, 6×2+1R, 3×4, 3×4+1R i 3×4+4R | TAK |  |
|  | Wyposażony w kamerę, obsługuje robienie zdjęć, skanowanie kodów QR oraz wprowadzanie dowodów osobistych i innych informacji | TAK |  |
|  | Tryby pracy: ręczny, automatyczny, analiza RR, HRV, test narkotykowy i zdarzenia EKG | TAK |  |
|  | Tryby próbkowania min.: Próbkowanie wstępne, próbkowanie w czasie rzeczywistym, próbkowanie okresowe, próbkowanie wyzwalane, ręczne | TAK |  |
|  | Automatyczne wykrywanie i oznaczanie tempa | TAK |  |
|  | Komunikacja mobilna Wi-Fi/4G | TAK |  |
|  | Przewodowa komunikacja z siecią LAN | TAK |  |
|  | Format plików wyjściowych - min.: CarewellECG, PDF, BMP, HL7, DICOM i SCP | TAK |  |
|  | Wewnętrzne zasilanie: wbudowany akumulator litowo-jonowy, żywotność baterii, nie mniej niż 12 godzin czuwania | TAK |  |
|  | Zasilanie AC: Napięcie znamionowe: 100 - 240 V~; Częstotliwość znamionowa: 50/60 Hz | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w drukarkę termiczną: szerokość papieru max. 220 mm | TAK |  |
|  | Filtr AC: 50 Hz, 60 Hz i wyłączony | TAK |  |
|  | Filtr EMG: 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz i wyłączony | TAK |  |
|  | Filtr znoszenia linii bazowej: 0,01 Hz, 0,05 Hz, 0,32 Hz i 0,67 Hz | TAK |  |
|  | W cenę aparatu wliczona licencja na połączenie z systemem VIZOPACS (DICOM wraz z Worklist) posiadanym przez Zamawiającego wraz z uwzględnieniem konfiguracji połączenia po stronie systemu VIZOPACS | TAK |  |
|  | Urządzenie wyposażone w dedykowany wózek jezdny z koszykiem na akcesoria | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 m-ce | TAK, podać | Okres gwarancji: |
|  | Bezpłatne przeglądy techniczne w okresie gwarancji | TAK  |  |

Parametr oceniany – gwarancja :

24 miesiące- 0pkt

36 miesięcy- 20 pkt

48 miesięcy – 40 pkt

 **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. | **Rejestrator holterowski EKG 12 kanałowy** 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

**Część nr 6**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana(parametr wymagany- TAK, parametr niewymagany -NIE) | Wartość oferowana przez Wykonawcę (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej) |
|  | **Rejestrator holterowski EKG 12 kanałowy – 1 szt.**  |  |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe  | Tak |  |
|  | Rejestrator cyfrowy z zapisem 12 kan. do minimum 4 dni | Tak, podać  | Minimalna długość zapisu: |
|  | Zapis w pamięci wewnętrznej (stałej) rejestratora | Tak |  |
|  | Detekcja impulsów stymulatora | Tak |  |
|  | Częstotliwość próbkowania sygnału EKG min. 4000Hz  | Tak, podać | Częstotliwość próbkowania sygnału EKG: |
|  | Rejestracja 12 kan. EKG z 10 elektrod | Tak |  |
|  | Rejestrator wyposażony w złącze HDMI (dla eliminacji zakłóceń) wspólne dla kabla pacjenta i transmisji zarejestrowanego badania do systemu holterowskiego | Tak |  |
|  | Ekranowane kabla pacjenta | Tak |  |
|  | Impedancja wejściowa ≥2MΩ | Tak, podać | Impedencja wejściowa: |
|  | CMRR >60dB | Tak, podać | CMRR: |
|  | Programowanie rejestratora i transmisja zarejestrowanego badania do systemu holterowskiego na PC przez kabel HDMI-USB | Tak |  |
|  | Możliwość podglądu na PC rejestrowanego sygnału EKG poprzez podłączenie rejestratora na pomocą kablowego interface’u | Tak |  |
|  | Wbudowany przycisk EVENT dla pacjenta | Tak |  |
|  | Zasilanie z 1 baterii lub akumulatora AAA | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Rejestrator kompatybilny z systemem posiadanym przez Zamawiającego CardioScan 12 | Tak |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące  | Tak, podać  | Okres gwarancji: |

Parametr oceniany – gwarancja :

24 miesiące- 0pkt

36 miesięcy- 20 pkt

48 miesięcy – 40 pkt

 **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. | **Wirówka laboratoryjna z chłodzeniem** 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

**Cześć nr 7**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana(parametr wymagany- TAK, parametr niewymagany -NIE | Wartość oferowana przez Wykonawcę (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej) |
|  | **Wirówka laboratoryjna z chłodzeniem – 1szt.** |  |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe. | Tak |  |
|  | Uniwersalna wirówka z chłodzeniem z szybko wymiennymi rotorami, bez konieczności używania dodatkowych narzędzi, minimum 12 rotorów dostępnych do wyboru. | Tak, podać | Ilość torów: |
|  | Pojemność do 4 x 1000 ml, minimum 5.300 RPM (rotor wychylny)  | Tak, podać | Pojemność:Ilość obrotów: |
|  | Wymiary zewnętrzne nie większe niż (wys. x szer. x głęb.) 40 x 75 x 70 cm  | Tak, podać | Wymiary zewnętrzne: |
|  | Maksymalny RCF dla rotora stałokątowego min. 25830 x g  | Tak, podać | Wartość maksymalnego RCF: |
|  | Maksymalna prędkość obrotowa dla rotora stałokątowego min. 15200 rpm | Tak, podać | Maksymalna prędkość obrotowa dla rotora stałokątowego: |
|  | Tryby przyspieszania / hamowania do wyboru - minimum 9 współczynników przyspieszenia / minimum 10 hamowania  | Tak |  |
|  | Chłodzenie w zakresie minimum od -10°C do +40°C | Tak, podać | Zakres chłodzenia: |
|  | Wyświetlacz: Przycisk i interfejs LCD o wysokim kontraście  | Tak |  |
|  | System sterowania:Microprocesor  | Tak |  |
|  | Pamięć protokołów użytkownika:Minimum 6 protokołów z przypisanymi przyciskami do szybkiego wybierania | Tak, podać | Ilość protokołów użytkownika w pamięci z przypisanymi przyciskami: |
|  | Czas wirowania minimum 9h / również w trybie ciągłym i impulsowym  | Tak |  |
|  | Waga urządzenia nie więcej niż 120 kg | Tak, podać | Waga: |
| **Wyposażenie**  |
|  | Rotor stałokątowy, aluminiowy montowany na wcisk bez użycia narzędzi 30x2,0ml prędkość min. 15200 rpm  | Tak |  |
|  | Rotor wychylny montowany na wcisk bez użycia narzędzi 4 x 750 mL prędkość min. 4700 rpm , z zestawem adapterów na:probówki 50 mL probówki 15 mL probówki 5/7 mL  | Tak |  |
| **Pozostałe** |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące  | Tak, podać | Okres gwarancji: |

Parametr oceniany – gwarancja :

24 miesiące- 0pkt

36 miesięcy- 20 pkt

48 miesięcy – 40 pkt

 **Załącznik nr 1 do SWZ**

**Wykonawca:**

**………………………..…………**

**…………………………..………**

**………………………..…………**

**(*pełna nazwa/firma, adres)***

**NIP *………………………….….***

***KRS ……………………..………***

**OFERTA – Część 8**

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. | **Waga lekarska z BMI, wzrostomierzem i integracją z systemami szpitalnymi** 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

**Część nr 8**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana przez Wykonawcę (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej) |
|  | **Waga lekarska z BMI, wzrostomierzem i integracją z systemami szpitalnymi - 2 szt.** |  |  |
|  | Waga medyczna z bezdotykowym pomiarem wzrostu pacjenta oraz wyznaczaniem wskaźnika BMI oraz BSA | Tak |  |
|  | Waga z przeznaczeniem do pomiaru wagi ciała pacjentów oraz wzrostu – bezdotykowo.  | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie min. do 300 kg. | Tak, podać | Maksymalne obciążenie: |
|  | Dokładność minimum: 50 g < 150 kg > 100 g | Tak, podać | Dokładność: |
|  | Duża platforma dla pacjenta, umożliwiająca pomiar bariatrycznych pacjentów. Wymiary platformy ważącej min.: (szer. x głęb.) 600 x 500 mm | Tak, podać | Wymiary platformy: |
|  | Platforma z powłoką wykonaną ze szkła celem łatwej dezynfekcji.  | Tak |  |
|  | Poręczę do uchwytu dla pacjentów. Poręcz musi stanowić również powierzchnię ważącą  | Tak |  |
|  | Pomiar wzrostu bezdotykowo, technologia wykorzystująca ultradźwięki lub równoważna.  | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru wzrostu w zakresie min.: 60 – 210 cm  | Tak, podać | Zakres pomiaru wzrostu: |
|  | Komunikaty głosowe w języku polskim instruujące pacjenta podczas pomiaru. Możliwość wyłączenia opcji oraz regulacji głośności  | Tak |  |
|  | Wyniki pomiaru zakomunikowane głosowo w języku polskim. Możliwość wyłączenia opcji oraz regulacji głośności | Tak |  |
|  | Wzrostomierz jako integralna część stacji pomiarowej. Nie dopuszcza się rozwiązań z dołączanym wzrostomierzem.  | Tak |  |
|  | Wyświetlacz wyświetlający jednocześnie przynajmniej: wzrost, wagę oraz BMI lub BFR  | Tak |  |
|  | Funkcja wyznaczania wskaźnika masy ciała BMI oraz wskaźnika Body Fat Rate.  | Tak |  |
|  | Funkcja automatycznego wyłączenia. | Tak |  |
|  | Funkcja TARA – najpierw ważone jest pierwotne obciążenie. Następnie przy ważeniu docelowym waga pierwotnego obciążenia jest pomijana i widzimy wagę docelową. | Tak |  |
|  | Funkcja Pre TARA – system wskaże wartość pomiaru, pomniejszoną o ustawioną wartość w systemie. | Tak |  |
|  | Funkcja HOLD- zamrożenie wartości pomiaru na wyświetlaczu. | Tak |  |
|  | Funkcja amortyzacji – umożliwia tłumienie zakłóceń pomiaru wagi. Przynajmniej 2 poziomy filtracji.  | Tak |  |
|  | Funkcja Auto HOLD- zamrożenie wartości pomiaru na wyświetlaczu. Automatyczne, preferencyjne ustawienie. | Tak |  |
|  | Funkcja pomiaru masy ciała dziecka trzymanego na rękach opiekuna.  | Tak |  |
|  | Funkcja RESET. Powrót do ustawień fabrycznych.  | Tak |  |
|  | Podstawa wagi umożliwiająca transport, wbudowane kółka transportowe. | Tak |  |
|  | Waga legalizowana. Klasa dokładności III | Tak |  |
|  | Wyrób medyczny  | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowe. Zasilacz w zestawie. | Tak |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, niepowystawowy, wolny od wad fizycznych i prawnych oraz nieobciążany prawami osób trzecich. | Tak |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | Tak, podać | Okres gwarancji: |

Parametr oceniany – gwarancja :

24 miesiące- 0pkt

36 miesięcy- 20 pkt

48 miesięcy – 40 pkt