

Poland-Oleśnica: Medical equipments

OJ S 150/2014 07/08/2014

Contract notice

Supplies

Directive 2004/18/EC

Section I: Contracting authority

I.1. Name and addresses

Official name: Powiatowy Zespół Szpitali

Postal address: ul. Armii Krajowej 1

Town: Oleśnica

Postal code: 56-400

Country: Poland

E-mail: m.lacna@pzsolesnica.pl

Telephone: +48 717767300

Fax: +48 717767307

Internet address(es):

General address of the contracting authority: www.pzsolesnica.pl

Additional information can be obtained from:

the abovementioned address

Specifications and additional documents (including documents for competitive dialogue and a dynamic purchasing system) can be obtained from:

the abovementioned address

Tenders or requests to participate must be submitted: the abovementioned address

I.2. Type of the contracting authority

Other: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

I.3. Main activity

Health

I.4. Contract award on behalf of other contracting authorities

The contracting authority is purchasing on behalf of other contracting authorities: no

Section II: Object of the contract

II.1. Description

II.1.1. Title attributed to the contract by the contracting authority

Przedmiotem zamówienia jest dostawa fabrycznie nowego sprzętu medycznego dla potrzeb nowopowstającego Oddziału OIOM w Powiatowym Zespole Szpitali w Oleśnicy, tj.: aparatu jezdnego RTG w ilości 1 szt., kardiomonitora modułowego w ilości 7 szt., respiratora dla dzieci i dorosłych w ilości 3 szt., łóżka szpitalnego wielofunkcyjnego z wagą w ilości 1 szt., Łóżka szpitalnego wielofunkcyjnego w ilości 6 szt., pomp infuzyjnych strzykawkowych w ilości 30 szt., pomp infuzyjnych objętościowych w ilości 5 szt., defibrylatora dwufazowego w ilości 1 szt., systemu ogrzewania pacjenta w ilości 1 szt., ssaków elektrycznych w ilości 2 szt., ssaków próżniowych w ilości 7 szt., resuscytatorów AMBU w ilości 7 szt., laryngoskopów klasycznych w ilości 2 szt., wózka do transportu chorych w ilości 1 szt., słuchawek lekarskich w ilości 7 szt., materaców przeciwoślężniowych, ciśnieniowych z pneumatyczną pompą w ilości 7 szt., video-

laryngoskopu z wyświetlaczem w ilości 1 szt., przenośnego bronchofiberoskopu intubacyjnego w ilości 1 szt., szafek przyłóżkowych bez blatu bocznego w ilości 7 szt., wózka anestezjologicznego w ilości 1 szt., monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt., monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą termodylucji przezpłucnej analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt.

II.1.2. Type of contract and place of performance or delivery

Supplies

Main site or place of performance: Powiatowy Zespół Szpitali

ul. Armii Krajowej 1

56-400 Oleśnica

NUTS code PL518 Wrocławski

II.1.3. Information about a framework agreement or a dynamic purchasing system

The notice involves a public contract

II.1.4. Information about framework agreement

II.1.5. Short description of the contract or purchase(s)

Przedmiotem zamówienia jest dostawa fabrycznie nowego sprzętu medycznego dla potrzeb nowopowstającego Oddziału OIOM w Powiatowym Zespole Szpitali w Oleśnicy, tj.:

aparatu jezdnego RTG w ilości 1 szt., kardiomonitora modułowego w ilości 7 szt., respiratora dla dzieci i dorosłych w ilości 3 szt., łóżka szpitalnego wielofunkcyjnego z wagą w ilości 1 szt., Łóżka szpitalnego wielofunkcyjnego w ilości 6 szt., pomp infuzyjnych strzykawkowych w ilości 30 szt., pomp infuzyjnych objętościowych w ilości 5 szt., defibrylatora dwufazowego w ilości 1 szt., systemu ogrzewania pacjenta w ilości 1 szt., ssaków elektrycznych w ilości 2 szt., ssaków próżniowych w ilości 7 szt., resuscytatorów AMBU w ilości 7 szt., laryngoskopów klasycznych w ilości 2 szt., wózka do transportu chorych w ilości 1 szt., słuchawek lekarskich w ilości 7 szt., materaców przeciwoślężynowych, ciśnieniowych z pneumatyczną pompą w ilości 7 szt., video-laryngoskopu z wyświetlaczem w ilości 1 szt., przenośnego bronchofiberoskopu intubacyjnego w ilości 1 szt., szafek przyłóżkowych bez blatu bocznego w ilości 7 szt., wózka anestezjologicznego w ilości 1 szt., monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt., monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą termodylucji przezpłucnej analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawiera załącznik nr 1 do SIWZ.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Aparatu jezdnego rtg w ilości 1 szt.

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

1 Nazwa, typ, model aparatu RTG Podać

2 Producent Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji Podać

5 Certyfikat CE TAK

Generator TAK

6 Typ generatora HF TAK

7 Częstotliwość generatora 100 kHz TAK

8 Zasilanie 1x230V, 50Hz z gniazda sieciowego ściennego 16A TAK

9 Moc generatora powyżej 32 kW TAK podać

10 Zakres napięcia: 40-125kV TAK podać

- 11 Nastawa mAs w zakresie: min. 0,2 - 220 mAs TAK
 - 12 Minimalny czas ekspozycji ≤ 2 ms TAK
 - 13 Maksymalna nastawa mA: min 420 mA TAK
 - 14 Pulpit generatora typu „ Touch screen” TAK
 - 15 Wybór technik :2, 3 punktowa TAK podać
 - 16 Dwustopniowy włącznik ekspozycji TAK
 - 17 Wyświetlanie informacji o błędach TAK
 - 18 Oprogramowanie aparatu w języku polskim TAK
 - 19 Programy anatomiczne programowalne w pamięci aparatu TAK
- B Lampa rentgenowska
- 20 Wymiary ogniska małego min 0,5 mm
— duże 1,3 mm TAK podać
 - 21 Wymiary ogniska dużego min 1,3 mm TAK podać
 - 22 Szybkość wirowania anody 3000 obr./min TAK podać
 - 23 Pojemność cieplna anody 110 kHU TAK podać
 - 24 Szybkość chłodzenia anody 24 kHU/min TAK podać
 - 25 Kolimator obrotowy min. +/- 900 TAK podać
 - 26 Zabezpieczenie lampy przed przegrzaniem TAK podać
- C Informacje ogólne o aparacie RTG
- 28 Waga aparatu ≤ 180 kg TAK podać
 - 29 Szerokość aparatu: poniżej 700 mm TAK podać
 - 30 Wysokość transportowa aparatu do 1500mm TAK
 - 31 Fartuch ochronny 0,5 Pb 2 szt TAK
- D Informacje dodatkowe
- 32 Gwarancja na sprzęt min 24 miesiące TAK, podać
 - 33 Foldery produktu i instrukcja w języku polskim, szkolenie dla personelu pracowni RTG TAK
 - 34 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. TAK
 - 35 Naprawy w okresie gwarancyjnym bezpłatne TAK
 - 36 Serwis dostępny na terenie Polski TAK
 - 37 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. podać
 - 38 Koszt dostawy sprzętu ponosi dostawca TAK
- Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregoś z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
- Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Kardiomonitorów modułowych w ilości 7 szt.
- L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana
- 1 Nazwa, typ, model kardiomonitora Podać
 - 2 Producent Podać
 - 3 Kraj pochodzenia Podać
 - 4 Rok produkcji Podać
 - 5 Certyfikat CE TAK
- A Informacje ogólne TAK
- 6 Kardiomonitor o budowie kompaktowej szt 7 TAK
 - 7 Niezależne moduły zabudowane wewnątrz urządzenia TAK
 - 8 Ekran kolorowy - aktywna matryca LCD TFT minimum 19” TAK podać
 - 9 Rozdzielczość min...: 1280 x 1024 TAK podać
 - 10 Zasilanie z sieci 100-240 VAC 50 Hz TAK
 - 11 Monitor zintegrowany w jednej obudowie z jednostką główną kardiomonitora wyposażoną

w uchwyt do przenoszenia TAK

12 Wbudowany akumulator wewnętrzny na min. 60 min. pracy TAK

13 Chłodzenie monitora konwekcyjne TAK

14 Obsługa przez ekran dotykowy TAK opisać

15 Możliwość monitorowania wszystkich grup wiekowych tj dorosłych i dzieci TAK podać

16 Możliwość konfigurowania przez użytkownika i zapamiętywania min. 6 ekranów TAK

17 Możliwość ekranu dużych cyfr TAK

18 Archiwum alarmów – min 300 zdarzeń TAK

19 Trendy tabelaryczne i graficzne wszystkich mierzonych parametrów z min. 72 godzin TAK

20 Ciągły zapis w pamięci monitora wszystkich monitorowanych parametrów (wartości liczbowych i wszystkich krzywych dynamicznych - min. 6 odprowadzeń EKG, krzywa oddechu, saturacji, krzywa IBP, krzywa kapnografii) z min. 96 godz. TAK

21 Alarmy trzystopniowe z możliwością zawieszenia czasowego i na stałe. Możliwość ustawiania granic alarmów dla wszystkich mierzonych parametrów w trybie ręcznym lub automatycznym zależnym od stanu pacjenta TAK

22 Wbudowane złącze USB do przenoszenie danych pacjenta do komputera z min. 72 godzinnej pamięci kardiomonitora poprzez nośnik elektroniczny (np. Pendrive) /zapis wszystkich wartości cyfrowych i wszystkich krzywych dynamicznych - min. 6 odprowadzeń/ TAK

23 Możliwość włączenia monitora w system centralnego nadzoru TAK

B Moduł EKG

24 Zakres pomiaru HR: 15 – 300 1/min TAK

25 Analiza ST z 6 odprowadzeń jednocześnie TAK, podać

26 Analiza min. 13 kategorii arytmii TAK , podać

27 Detekcja stymulatora serca ze znacznikiem w kanale EKG i sygnałem dźwiękowym TAK podać

28 Jednoczesne wyświetlanie min. 6 krzywych przy użyciu kabla 3-żyłowego TAK podać

29 Możliwość podłączenia elektrody endokawitarnej TAK podać

30 Wyposażenie: kabel 3- żyłowy – 1 szt.

Wyposażenie: kabel 5- żyłowy – 1 szt. TAK podać

C Moduł respiracji

31 Zakres pomiaru RR min.: 5 – 150 1/min TAK podać

32 Funkcja nadzoru bezdechu min.: 5 – 45 s. TAK podać

33 Licznik bezdechów TAK

34 Możliwość wyboru elektrod do detekcji oddechu bez konieczności przepinania kabla EKG TAK

35 Prezentacja fali oddechu TAK

D Moduł NIBP

36 Pomiar dla wszystkich grup wiekowych TAK

37 Zakres pomiaru: min. 15 - 270 mmHg TAK podać

38 Tryb pracy: ręczny , automatyczny oraz ciągły TAK

39 Czas repetycji pomiaru min.: 1 – 480 min TAK

40 Wyświetlane wartości ciśnienia: skurczowe, rozkurczowe, średnie TAK

41 Możliwość pomiaru tętna z mankietu TAK

42 Podręczne zestawienie ostatnio wykonanych pomiarów (wartość skurczowa, rozkurczowa i średnia, z określeniem daty oraz godziny wykonanego pomiaru) bez konieczności wchodzenia w archiwum urządzenia. TAK

43 Wyposażenie do każdego monitora: wielorazowy mankiety do pomiaru ciśnienia – dla dorosłych 1 szt., dla dzieci 1szt. TAK

E Moduł Saturacja SpO2

- 44 Pomiar przy niskiej perfuzji TAK
- 45 Odporny na artefakty ruchowe Nellcor OxiMax TAK
- 46 Zakres pomiaru SpO2 : min. 1 – 100 % TAK
- 47 Zakres pomiaru pulsu obwodowego: min. 20 – 250 1/min TAK
- 48 Prezentacja fali pletyzmograficznej TAK
- 49 Wyposażenie dla każdego monitora: przedłużacz, czujnik wielorazowy typu klips na palec, czujnik wielorazowy typu Y TAK
- F Moduł temperatury
- 50 Jeden kanał pomiarowy TAK
- 51 Możliwość pomiaru temperatury wewnętrznej lub powierzchniowej TAK
- 52 Zakres pomiaru temperatury min.: 5 – 50 °C TAK
- 53 Wyposażenie: do każdego monitora wielorazowa sonda do pomiaru temperatury szt 1 TAK
- G Moduł IBP inwazyjny pomiar ciśnienia
- 54 Jeden kanał pomiarowy minimum TAK
- 55 Zakres pomiaru: min. -40 do + 320 mmHg TAK
- 56 Wyświetlane wartości ciśnienia: skurczowe, rozkurczowe, średnie oraz pulsu TAK
- 57 Wyposażenie: kabel interfejsowy IBP – 1szt. do każdego monitora, jednorazowe przetworniki do pomiaru ciśnienia – 2 szt. do każdego monitora. TAK
- 58 Możliwość rozbudowy o dodatkowe kanały pomiaru IBP TAK
- H Pomiar ciśnienia śródczaszkowego
- 59 Urządzenie do pomiaru ciśnienia śródczaszkowego z jednym zestawem pomiarowym TAK
- 60 Kabel interfejsowy wyposażony w złącze do podłączenia go do modułu IBP w kardiomonitorze – 1 szt TAK
- 61 Urządzenie będzie dostępne w każdym z oferowanych kardiomonitorów.
- I Moduł Kapnografia
- 62 Pomiar CO2 w strumieniu bocznym TAK
- 63 Zakres pomiaru: 1 – 99 mmHg TAK
- 64 Prezentacja fali kapnograficznej TAK
- 65 Zestaw linii pomiarowych do pomiaru kapnografii do każdego monitora TAK
- J Informacje dodatkowe
- 66 Gwarancja na sprzęt min 24 miesiące TAK podać
- 67 Foldery produktu i instrukcja w języku polskim, szkolenie dla personelu OIT TAK
- 68 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. TAK
- 69 Koszty serwisu i napraw w okresie gwarancyjnym bezpłatne TAK
- 70 Serwis dostępny na terenie Polski TAK
- 71 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. podać
- 72 Koszt dostawy sprzętu ponosi dostawca TAK
- Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
- Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Respiratora dla dzieci i dorosłych w ilości 1 szt.
- Parametry opisane muszą odpowiadać respiratorowi w oferowanej konfiguracji!
- L.p. Parametr / warunek - Wymagania graniczne TAK/NIE - Wartość oferowana
- I Informacje o produkcie
1. Rok produkcji Fabrycznie nowy lub po demonstracyjny
 2. Typ/model Podać
 3. Producent Podać
 4. Certyfikat, nr, data ważności Podać

II Przeznaczenie respiratora

5. Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia do stosowania w warunkach intensywnej terapii Respirator przeznaczony do zastosowania na Oddziale Intensywnej Terapii dla pacjentów z niewydolnością oddechową różnego pochodzenia TAK
6. Dwa respiratory podemonstracyjne dla dorosłych i dzieci powyżej 3,5 kg i jeden respirator fabrycznie nowy dla dorosłych i dzieci z dodatkowym oprogramowaniem noworodkowym TAK

III Zasilanie respiratora

7. Zasilanie powietrzem z centralnego źródła sprężonego gazu 2,5 do 6,0 bar Wymagany zakres 2,5 do 6,0 bar uwzględnia typowe ciśnienie powietrza centralnego 5 bar z marginesem wynikającym z poboru gazów i cyklu pracy sprężarek TAK
2,5 do 6,0 bar
8. Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonego gazu 2,5 do 6,0 bar Wymagany zakres uwzględnia typowe ciśnienie tlenu centralnego 5 bar z marginesem wynikającym z poboru gazów i stanu napełnienia butli TAK
2,5 do 6,0 bar
9. Możliwość prowadzenia wentylacji awaryjnie przy zasilaniu jednym gazem, powietrzem lub tlenem. Automatyczne przełączenie respiratora na dostępny gaz Respirator musi podtrzymać pracę w przypadku awarii jednego z zasilających gazów. Wymagany komunikat o braku zasilania tlenem lub powietrzem TAK
10. Zasilanie AC 230 VAC 50 Hz+5%/-10% Respirator musi być przystosowany do standardowego zasilania sieciowego w Polsce i być odpornym na wahania zasilania sieciowego co najmniej w wymaganych granicach TAK
11. Awaryjne zasilanie ze zintegrowanego akumulatora na minimum 0,5 godziny pracy. Respirator musi podtrzymać wentylację w przypadku awarii zasilania sieciowego. Minimalny czas konieczny do zabezpieczenia alternatywnej wentylacji to 30 minut. Podtrzymanie nie musi zapewniać pracy kompresora TAK

IV Tryby wentylacji

12. Wentylacja wspomagana/kontrolowana

CMV/ Assist – IPPV

Typowy tryb wentylacji dla pacjentów bez napędu oddechowego lub z bardzo słabym napędem oddechowym. Dostępny we wszystkich respiratorach. TAK

13. Zsynchronizowana przerywana wentylacja obowiązkowa SIMV Typowy tryb wentylacji dla pacjentów ze zmiennym napędem oddechowym będących w stanie zabezpieczyć część spontanicznej wentylacji minutowej. Wymagana możliwość wyboru oddechu co najmniej wymuszonego VCV, PCV i spontanicznego PSV. Dostępny we wszystkich respiratorach. TAK

14. Wentylacja spontaniczna

Typowy tryb wentylacji dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym mogących wyzwać respirator i oddychać spontanicznie z częściowym wspomaganie oddechu Dostępny we wszystkich respiratorach. TAK

15. Dodatnie ciśnienie końcowo-wydechowe/ Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych PEEP/CPAP

Typowy tryb wentylacji dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym wymagających zwiększonej pojemności końcowo- wydechowej. Dostępny we wszystkich respiratorach. TAK

16. Wentylacja na dwóch poziomach ciśnienia typu BiPAP, Bi-Level, DuoPAP, APRV

Typowy tryb wentylacji w respiratorach wysokiej klasy nowej generacji z aktywnym zaworem oddechowym dla pacjentów z dobrym napędem oddechowym mogących wyzwać respirator i oddychać spontanicznie z częściowym wspomaganie oddechu na dwóch poziomach dodatniego ciśnienia. Dostępny we wszystkich respiratorach wysokiej klasy pod różnymi nazwami. Zamawiający wymaga, aby respirator rozpoznawał spontaniczną aktywność pacjenta na obu poziomach ciśnienia, zliczał oddechy pacjenta i mierzył ich objętości. TAK

17. Wentylacja nieinwazyjna NIV

Zamawiający wymaga, aby dostarczone respiratory umożliwiały wentylację za pomocą maski, hełmów i innych nieinwazyjnych akcesoriów do wentylacji. Wymaga się aby respirator był dostosowany do pracy z układami do nieinwazyjnej wentylacji, które charakteryzują się zmiennym przeciekiem. Wymagany jest wydzielony przycisk uruchamiający wentylację nieinwazyjną i jasna sygnalizacja pracy respiratora w tym trybie TAK

18. Wentylacja bezdechu z możliwością ustawienia parametrów oddechowych i wyboru rodzaju oddechu wymuszonego. Respirator musi posiadać automatycznie uruchamiana wentylację zastępczą w przypadku braku aktywności pacjenta w trybie wentylacji spontanicznej.

Konieczna możliwość wyboru oddechu VCV lub PCV

Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej lepszy dobór wentylacji zabezpieczającej przy bezdechu do patologii oddechowej pacjenta TAK

19. Wdech manualny

Respirator musi być wyposażony w przycisk umożliwiający na żądanie oddanie przez lekarza mechanicznego oddechu o ustalonych parametrach. TAK

V Rodzaje oddechu wymuszonego

20. Oddech kontrolowany objętością VCV

Respirator musi posiadać wymuszony oddech kontrolowany objętością. Kryterium przełączenia na fazę wydechową jest oddanie nastawionej objętości lub osiągnięcie limitu alarmowego nastawionego przez lekarza TAK

21. Oddech kontrolowany ciśnieniem PCV

Respirator musi posiadać wymuszony oddech kontrolowany ciśnieniem. Respirator ma utrzymać nastawione ciśnienie wdechowe przez czas wdechu. Kryterium przełączenia na fazę wydechową jest osiągnięcie czasu wdechu lub limitu alarmowego nastawionego przez lekarza TAK

22. Oddech kontrolowany ciśnieniem z docelową objętością typu PRVC, AutoFlow, APV, VC+ Zamawiający wymaga, aby respirator był wyposażony w oddechy wymuszone o podwójnej kontroli – ciśnieniowo kontrolowane z docelową objętością. Respirator może zmieniać zgodnie z algorytmem ciśnienie wdechowe w celu zapewnienia docelowej objętości oddechowej. Wymagane są zabezpieczenia nadmiernej objętości wdechowej i alarm ograniczający ciśnienia wdechowe. TAK

VI Rodzaje oddechu spontanicznego

23. Oddech spontaniczny wspomagany ciśnieniem PSV/ASB

Zamawiający wymaga, aby respirator był wyposażony w oddechy spontaniczne wspomagane ciśnieniem. Oddechy muszą być wyzwalane przez pacjenta i przełączane na fazę wydechową z kryterium przepływowego (spadek przepływu wdechowego do ustalonej wartości procentowej przepływu szczytowego) TAK

24. Oddech spontaniczny wspomagany objętością VSV. Respirator musi zmieniać automatycznie poziom ciśnienia wdechowego wspomagającego oddechy spontaniczne w zależności od wysiłku pacjenta tak, aby przywrócić docelową spontaniczną objętość oddechową TAK

VII Inne rodzaje wspomagania oddechu spontanicznego

25. Oddech spontaniczny wspomagany proporcjonalnie typu PPS, PAV zgodny z algorytmem Younesa lub NAVA wspomaganie wysiłku oddechowego na podstawie detekcji elektrycznej aktywności nerwu przeponowego Zamawiający wymaga wyposażenia respiratora w najnowsze tryby oddechowe wspomagające synchronicznie pracę przepony wentylowanego pacjenta, zmieniające aparat we „wzmacniacz oddechu” TAK

26. Automatyczna kompensacja oporu przepływu rurki dotchawiczej lub tracheostomijnej typu ATC, TC, TRC

Zamawiający wymaga, aby respiratory wyposażone były w tryb eliminujący wpływ rurki dotchawiczej na pracę oddechową pacjenta umożliwiającą przeprowadzenie kontrolowanych prób samodzielnego oddychania pacjenta (SBT). Automatyczna kompensacja rurki intubacyjnej jako tryb wymagający szybkiej reakcji respiratora i ciągłej zmiany ciśnienia wspomagania w zależności od przepływu gazów przez rurkę jest charakterystycznym sposobem wspomagania oddechu spontanicznego pacjenta dla wysokiej klasy respiratorów z szybką pneumatyką TAK

VIII Parametry regulowane

27. Częstość oddechów.

Respirator musi posiadać zakres regulacji częstości oddechów umożliwiający wentylację pacjentów pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny: 1-100 1/min TAK

1-100 1/min

28. Objętość pojedynczego oddechu

Respirator musi posiadać zakres regulacji objętości oddechowych umożliwiającą wentylację pacjentów pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny: 30-2000ml TAK

30-2000ml

29. Szczytowy przepływ wdechowy dla oddechów wymuszonych objętościowo-kontrolowanych

Respirator musi posiadać zakres regulacji przepływu szczytowego umożliwiającą wentylację pacjentów pediatrycznych i dorosłych w wymaganym zakresie wagowym. Wymagany zakres minimalny: 3-120 l/min TAK

3-120l/min

30. Stosunek wdechu do wydechu lub czas wdechu. Zamawiający dopuszcza regulację czasu wdechu, procentu czasu cyklu oddechowego, stosunku I:E lub inną, która w efekcie umożliwi uzyskanie czasu wdechu w zakresie minimum od 0,2 do 5,0 sekund TAK

I:E

1:9-4:1

Ti 0.2-5.0s

31. Czas plateau. Respirator musi posiadać możliwość ustawienia pauzy wdechowej w wentylacji objętościowo kontrolowanej poprzez bezpośrednią lub pośrednią nastawę czasu trwania czasu plateau. Zamawiający dopuszcza regulację czasu plateau, procentu czasu wdechu lub inną, która w efekcie umożliwi uzyskanie pauzy wdechowej o czasie trwania minimum od 0,0 do 2,0 sekund TAK

0,0 – 2,0 sek

32. Ciśnienie wdechowe PCV

Respirator musi posiadać zakres regulacji ciśnienia wdechowego umożliwiającą wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień szczytowych z POCHP lub ARDS. Wymagany zakres minimalny: 5-80 cmH₂O TAK

5-80 cmH₂O

33. Ciśnienie wspomagania PSV/ASB Respirator musi posiadać zakres regulacji ciśnienia wspomagania umożliwiającą wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień szczytowych z POCHP lub ARDS. Wymagany zakres minimalny: 0-60 cmH₂O TAK

0-60 cmH₂O

34. Ciśnienie PEEP/CPAP

Respirator musi posiadać zakres regulacji ciśnienia końcowo wydechowego lub ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych umożliwiającą wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień PEEP/CPAP np z ARDS. Wymagany zakres minimalny: 0–30 cmH₂O TAK

0–30 cmH₂O

35. Wysoki poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, APRV

Respirator musi posiadać zakres regulacji poziomu wysokiego ciśnienia umożliwiającą wentylację pacjentów dorosłych z patologią płucną wymagających wysokich ciśnień.

Wymagany zakres minimalny: 5-50 cmH₂O TAK

5-50 cmH₂O

36. Niski poziom ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, DuoPAP, APRV

Respirator musi posiadać zakres regulacji dolnego poziomu ciśnienia końcowo wydechowego umożliwiającą wentylację pacjentów dorosłych wymagających wysokich ciśnień. Wymagany zakres minimalny: 0–30 cmH₂O TAK

0–30 cmH₂O

37. Czas wysokiego poziomu ciśnienia. Zamawiający wymaga aby respirator umożliwiał stosowanie długich czasów górnego wysokiego poziomu ciśnienia co jest szczególnie istotne w trybie wentylacji z uwolnieniem ciśnienia APRV. Dopuszcza się różne metody nastawy bezpośrednio poprzez regulację czasu lub pośrednie, które w efekcie pozwolą na uzyskanie czasu górnej fazy ciśnienia w zakresie 0,2 do minimum 15 sekund TAK

0,2 – 15 sek

38. Płynnie regulowany czas lub współczynnik narastania przepływu /ciśnienia dla PCV/PSV /ASB. Zamawiający wymaga, aby respirator posiadał funkcje umożliwiającą zapewnienie lepszej synchronizacji wysiłku oddechowego pacjenta z respiratorem. TAK

39. Regulowane procentowe kryterium zakończenia fazy wdechowej w trybie PSV/ASB w zakresie minimum 5 – 50%. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej optymalizację synchronizacji wydechu z wysiłkiem oddechowym pacjenta TAK

5 – 50%

40. Przepływowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta.

Respirator musi być wyposażony w czuły wyzwalacz rozpoznający wysiłek oddechowy pacjenta.

Minimalny wymagany zakres czułości triggera przepływowego to 0,5 do 15 l/min TAK

0,5 – 15 l/min

41. Ciśnieniowy tryb rozpoznawania oddechu własnego pacjenta regulowany w zakresie minimum 0,5 – 15 cmH₂O. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej dodatkowy sposób wykrywania wysiłku spontanicznego pacjenta, dostosowujący respirator lepiej do patologii płucnej i stanu pacjenta TAK

0,5 – 15 cmH₂O

42. Stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej regulowane płynnie

Zamawiający wymaga, aby respirator był wyposażony w pneumatyczno-elektroniczny mieszalnik gazów kontrolowany mikroprocesorowo pozwalający na zmianę wdechowego stężenia tlenu w zakresie 21 do 100% co 1%. Zamawiający nie zaakceptuje oferty na respirator z mechanicznym mieszalnikiem tlenu ze względu na podatność takiego rozwiązania na zanieczyszczenia gazów i konieczność częstych przeglądów TAK

21 - 100%

43. Możliwość ustawienia dla wentylacji przy bezdechu wyższego stężenia tlenu od stosowanego w aktualnym trybie wentylacji. Respirator musi automatycznie podnieść stężenie tlenu przy przejściu do wentylacji przy bezdechu do nastawionego wstępnie poziomu i powrócić do poprzedniego FiO₂ po zakończeniu bezdechu. TAK

IX Inne funkcje wentylacji

44. Możliwość wyboru krzywej przepływu dla oddechów obowiązkowych objętościowo-kontrolowanych :prostokątna i opadająca. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej dobór krzywej przepływu zapewniającej lepszą dystrybucję gazów, dostosowanej do patologii oddechowej pacjenta TAK

Minimum prostokątna i opadająca

45. Możliwość wyboru sposobu nastawiania parametrów wzajemnie zależnych w trakcie wentylacji pacjenta (czas wdechu, czas wydechu, stosunek I:E). Zamawiający wymaga funkcji ułatwiającej nastawianie parametrów respiratora zgodnie z preferencjami lekarza. TAK

46. Manualne przedłużenie fazy wdechowej

Zamawiający wymaga, aby respirator umożliwiał wykonanie manewru pauzy wdechowej minimum do 5 sekund. Manewr powinien umożliwić ustalenie ciśnienia plateau i wykonanie pomiarów mechaniki oddechowej TAK

Minimum do 5 sekund

47. Manualne przedłużenie fazy wydechowej

Zamawiający wymaga, aby respirator umożliwiał wykonanie manewru pauzy wydechowej minimum do 10 sekund. Manewr powinien umożliwić ustalenie ciśnienia końcowo-wydechowego i wykonanie pomiarów wewnętrznego PEEP TAK

Minimum do 10 sekund

48. Możliwość wspomaganie oddechu spontanicznego ciśnieniem PSV na obu poziomach ciśnienia przy BIPAP, BILEVEL, APRV. Zamawiający wymaga funkcji umożliwiającej lepszy dobór wentylacji do patologii oddechowej pacjenta, w tym wspomaganie wysiłku oddechowego pacjenta w wysokiej fazie ciśnienia TAK

X Monitor graficzny

49. Podstawowy kolorowy monitor o przekątnej całkowitej minimum 14" do obrazowania parametrów wentylacji oraz wyboru i nastawiania parametrów wentylacji. Zamawiający wymaga, aby ekran umożliwiał obsługę poprzez dotyk także w przypadku używania rękawiczek ochronnych TAK

Podać przekątną całkowitą

50. Możliwość obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej lub/i pionowej w stosunku do respiratora

Zamawiający wymaga, aby respirator wyposażony był w ekran z możliwością obrotu monitora w płaszczyźnie poziomej lub/i pionowej w stosunku do reszty aparatu. Funkcja ta ma ułatwić obsługę aparatu poprzez dostosowanie kąta widzenia do potrzeb osoby obsługującej bez konieczności obrotu całego aparatu wraz z ramieniem podtrzymującym układ oddechowy, wiążącego się z niebezpieczeństwem przypadkowego rozintubowania pacjenta TAK

51. Graficzna prezentacja ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu

Zamawiający wymaga graficznej prezentacji ciśnienia, przepływu, objętości w funkcji czasu z możliwością wyświetlenia co najmniej 2 krzywych jednocześnie na ekranie TAK
co najmniej 2 krzywe jednocześnie na ekranie

52. Graficzna prezentacja pętli ciśnienie- objętość i przepływ –objętość. Zamawiający wymaga funkcji polepszającej diagnostykę mechaniki oddechowej pacjenta TAK

53. Respirator musi posiadać możliwość zatrzymania krzywych prezentowanych na monitorze w dowolnym momencie w celu ich analizy TAK

54. Prezentacja na ekranie trendów graficznych i tabelarycznych min. 48 godzinnych

Zamawiający wymaga funkcji ułatwiającej przegląd monitorowanych i nastawianych parametrów, która polepsza diagnostykę stanu pacjenta. TAK

XI Pomiary parametrów wentylacji

55. Pomiar parametrów nie wymagający sterylizacji, dezynfekcji lub wymiany czujników pomiarowych pomiędzy pacjentami. Zamawiający wymaga funkcji ułatwiającej szybkie zastosowanie respiratora u następnego pacjenta, uzasadnionej także z punktu widzenia kosztów eksploatacji i łatwości obsługi aparatu. TAK

56. Integralny pomiar stężenia tlenu

Respirator musi posiadać czujnik pomiarowy stężenia wdechowego tlenu i wyświetlać wartość O2% w formie cyfrowej TAK

57. Całkowita częstość oddychania
Respirator musi posiadać pomiar całkowitej częstości oddechów i wyświetlać zmierzona wartość F tot w formie cyfrowej TAK
58. Objętość pojedynczego oddechu
Respirator musi posiadać sensory pomiaru objętości i wyświetlać zmierzona objętość wydechową pojedynczego oddechu VTE w formie cyfrowe TAK
59. Całkowita objętość wentylacji minutowej
Respirator musi posiadać sensory pomiaru objętości i wyświetlać obliczoną minutową objętość wydechową MV tot w formie cyfrowej TAK
60. Objętość spontanicznej wentylacji minutowej
Respirator musi posiadać sensory pomiaru objętości i wyświetlać obliczoną spontaniczną minutową objętość wydechową MVspont w formie cyfrowej TAK
61. Pomiar szczytowego przepływu wydechowego PEF Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK
62. Pomiar szczytowego wdechowego przepływu spontanicznego PSF. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK
63. Pomiar przepływu końcowo-wydechowego EEF. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK
64. Ciśnienie szczytowe
Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia szczytowego PIP w formie cyfrowej TAK
65. Średnie ciśnienie w układzie oddechowym
Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia średniego Pśred w formie cyfrowej TAK
66. Pomiar rzeczywistego stosunku I:E. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK
67. Ciśnienie plateau
Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia Plateau Ppl w formie cyfrowej TAK
68. Ciśnienie PEEP/CPAP
Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzona wartość ciśnienia końcowo-wydechowego lub ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych w formie cyfrowej TAK
69. Ciśnienie Auto PEEP
Respirator musi posiadać sensory pomiarowe ciśnienia i wyświetlać zmierzoną podczas manewru zatrzymania przy wydechu wartość ciśnienia Auto PEEP formie cyfrowej TAK
70. Pomiar P 0,1 ciśnienia okluzji po 100ms. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK
71. Pomiar NIF/MIP maksymalnego ciśnienia wdechowego, negatywnej siły wdechowej. Zamawiający wymaga pomiaru istotnego parametru wentylacji ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK
72. Podatność statyczna płuc pacjenta
Respirator musi posiadać możliwość wykonania manewru pomiarowego określającego statyczna podatność płuc i wyświetlić wartość Cst w formie cyfrowej TAK
73. Pomiar podatności dynamicznej Cdyn. Zamawiający wymaga pomiaru dynamicznego istotnego parametru mechaniki oddechowej płuc ułatwiającego ocenę stanu pacjenta TAK
74. Opory wdechowe płuc pacjenta
Respirator musi posiadać możliwość wykonania manewru pomiarowego określającego opory wdechowe płuc i wyświetlić wartość Rinsp w formie cyfrowej TAK
75. Indeks dyszenia RSB (f/Vt)

Respirator musi posiadać możliwość obliczenia indeksu szybkiego płytkiego oddechu /dyszenia i wyświetlenia jego wartości w postaci cyfrowej TAK

XII Alarmy

76. Hierarchia alarmów w zależności od ważności Respirator musi być wyposażony w hierarchiczny system alarmowy rozróżniający ważność przyczyny alarmu i sygnalizujący sytuacje alarmowe w sposób stosowny do zagrożenia dla pacjenta TAK

77. Stopniowanie aktywnego alarmu w zależności od czasu trwania sytuacji alarmowej. Zamawiający wymaga aby respirator posiadał funkcje eliminującą uciążliwe alarmy bez zmniejszania poziomu bezpieczeństwa pacjenta TAK

78. Zaniku zasilania sieciowego Respirator musi informować obsługę o zaniku zasilania sieciowego. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

79. Zaniku zasilania baterijnego Respirator musi informować obsługę o zaniku zasilania baterijnego. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

80. Niskiego ciśnienia tlenu Respirator musi informować obsługę o zaniku lub niskim ciśnieniu zasilania tlenem. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

81. Niskiego ciśnienia powietrza Respirator musi informować obsługę o zaniku lub niskim ciśnieniu zasilania powietrzem. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

82. Za niskiego lub zbyt wysokiego stężenia tlenu w ramieniu wdechowym Respirator musi informować obsługę o zbyt niskim lub zbyt wysokim stężeniu wdechowym tlenu. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

83. Wysokiej całkowitej objętości minutowej Respirator musi informować obsługę o wysokiej całkowitej objętości minutowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

84. Niskiej całkowitej objętości minutowej Respirator musi informować obsługę o niskiej całkowitej objętości minutowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

85. Wysokiego ciśnienia Respirator musi informować obsługę o wysokim ciśnieniu w układzie oddechowym. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny. Alarm musi ograniczać ciśnienie i uwolnić je poprzez otwarcie zastawki wydechowej lub zaworu bezpieczeństwa TAK

86. Niskiego ciśnienia wdechowego lub rozłączenia układu oddechowego Respirator musi informować obsługę o niskim ciśnieniu wdechowym lub rozłączeniu układu oddechowego. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

87. Wysokiej częstości oddechów Respirator musi informować obsługę o wysokiej częstości oddechów. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

88. Wysokiej objętości oddechowej Respirator musi informować obsługę o wysokiej objętości oddechowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

89. Niskiej objętości oddechowej Respirator musi informować obsługę o niskiej objętości oddechowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

90. Limit wysokiej objętości wdechowej

Respirator musi informować obsługę o osiągnięciu limitu wysokiej objętości wdechowej dla trybów o podwójnej kontroli, kompensacji oporów rurki intubacyjnej i innych zagrożonych dostarczeniem nadmiernej objętości oddechowej. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

91. Wydzielony alarm zatkania gałęzi wydechowej układu pacjenta. Zamawiający wymaga, aby respirator posiadał alarm ułatwiający szybka diagnozę przyczyny okluzji układu oddechowego istotny dla bezpieczeństwa pacjenta TAK

92. Niskiej częstości oddechów lub bezdechu respirator musi informować obsługę o niskiej częstości oddechowej lub wystąpieniu bezdechu. Wymagany jest alarm dźwiękowy i wizualny TAK

93. Pamięć alarmów z komentarzem Zamawiający wymaga, aby respirator wyposażony był w pamięć alarmów oraz rejestr zdarzeń technicznych TAK

XIII Inne pożądane funkcje i Wyposażenie

94. Aparat musi posiadać zabezpieczenie przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji
TAK

Opisać

95. Łatwy wybór elementów obsługi na ekranie poprzez dotyk. Zamawiający wymaga funkcji ułatwiającej obsługę respiratora. Funkcja dotyku powinna działać także gdy obsługa zakłada rękawiczki ochronne TAK

96. W przypadku zmiany trybu i parametrów wentylacji, respirator musi posiadać możliwość łatwego powrotu do poprzednich nastawień TAK

97. Po włączeniu aparatu, wymagana jest możliwość powrotu do nastawień ostatniego pacjenta. Zamawiający alternatywnie dopuszcza również możliwość zawieszenia wentylacji na dłuższy czas i pozostawienia respiratora w trybie gotowości „Stand by”. Respirator powinien przywrócić wszystkie parametry uprzednio stosowanej wentylacji, a także zachować nastawy alarmowe i zapisy w pamięci alarmów sprzed wyłączenia lub uaktywnienia trybu gotowości.
TAK

98. Zamawiający wymaga wstępnego ustawienia parametrów wentylacji i alarmów na podstawie wagi pacjenta IBW TAK

99. Respirator musi posiadać test sprawdzający poprawność działania i szczelność układu oddechowego wykonywany automatycznie lub na żądanie użytkownika TAK

100. Wydechowy filtr przeciwbakteryjny (konstrukcja aparatu uniemożliwia użycie aparatu bez filtru), Zamawiający wymaga aby respirator zapewniał ochronę przeciwbakteryjną i zapobiegał zakażeniem personelu i krzyżowym pomiędzy pacjentami TAK

101. Kompletny układ oddechowy dla dorosłych jednorazowy silikonowy dostosowany do HME
TAK

20 sztuk na aparat

102. Nebulizator do podawania leków w formie aerozolu przeznaczony do pracy z pacjentami zaintubowanymi i wentylowanymi nieinwazyjnie przez maskę. Aparat do stosowania u pacjentów podłączonych do respiratora a także u oddychających spontanicznie. Zamawiający wymaga, aby aparat wytwarzał cząstki o średniej wielkości MMAD poniżej 4 mikrometrów TAK
XIV Pozostałe

103. Respirator stacjonarny na podstawie jezdnej, dwa koła z blokadą TAK

104. Aparat musi posiadać złącze do komunikacji z urządzeniami zewnętrznymi umożliwiające przesyłanie danych z respiratora TAK

105. Komunikacja, komunikaty ekranowe i opisy na przyciskach, naklejkach ostrzegawczych i informacyjnych w języku polskim, Polska instrukcja obsługi załączona do aparatu TAK

106. Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z aparatem) TAK

107. Materiały informacyjne na temat oferowanego respiratora TAK

108. Gwarancja na sprzęt 24 miesiące TAK

109. Koszty serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatne TAK

Uwaga : w kolumnie „wymagania graniczne”

TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Parametry wymagane stanowią parametry minimalne – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Łóżka szpitalnego wielofunkcyjnego z wagą w ilości 1 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w

niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek / funkcja - Wartość wymagana - Wartość oferowana

I Łóżko szpitalne wielofunkcyjne z wagą

1. Urządzenie typ, model Podać

2. Producent/ Firma Podać

3. Kraj pochodzenia Podać

4. Rok produkcji

5. Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne szafek

6. Łóżko wielofunkcyjne dla pacjentów OIT z możliwością pomiaru wagi pacjenta Tak, opisać

7. Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka Tak

8. Szerokość zewnętrzna łóżka z barierkami bocznymi – 950mm (+/-50mm) Tak, podać rozmiary

9. Długość zewnętrzna łóżka – 2160mm (+/-50mm) z możliwością przedłużania leża dla pacjentów wysokiego wzrostu Tak, podać rozmiary

10. Leże łóżka 4 – sekcyjne o nowoczesnej konstrukcji opartej na dwóch kolumnach cylindrycznych gwarantującej łatwą dezynfekcję i walkę z infekcjami . Tak,

11. Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu ze wskaźnikiem stanu naładowania Tak

12. Akumulator wyposażony we wskaźnik zużycia informujący o konieczności wymiany Tak

13. Współpraca z RTG na odcinku od głowy do bioder bez konieczności przemieszczania pacjenta Tak

14. Precyzyjny system ważenia pacjenta Tak

15. Funkcja zamrażania wagi Tak

16. Brak wpływu wyposażenia na pomiary wagi

17. Barrierki dzielone, tworzywowe poruszające się z segmentami leża będące zabezpieczeniem na całej długości łóżka to znaczy od szczytu głowy aż do szczytu nóg oraz zabezpieczające pacjenta w pozycji siedzącej.

Barrierki jednorodne bez elementów łączonych. Tak

18. Barrierki boczne o wysokości co najmniej 45 cm powyżej poziomu leża pacjenta umożliwiające współpracę łóżka z materacami anty-odleżynowymi zaawansowanymi o wysokości nawet do 23 cm Tak

19. Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:

Paneli w barierkach bocznych

Panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego co najmniej kilkucentymetrowe piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przycisku- sterowników nożnych

Panel sterowniczy wyposażony w elektroniczne kontrolki aktywnych, zablokowanych funkcji łóżka Tak

20. Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 400 mm do 780 mm (+/- 50 mm) gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka /nie dotykaniu pełnymi stopami podłogi podczas opuszczania łóżka/. Tak

21. Regulacja wysokości z dźwiękowym wskaźnikiem osiągnięcia wysokości minimalnej Tak

22. Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 75 ° +/- 5 ° Tak

23. Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 50 ° +/- 5 ° Tak

24. Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków w barierkach bocznych i z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak

25. Funkcja autoregresji o parametrze minimum 11 cm niwelująca ryzyko powstawania

odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąc funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom Tak

26. Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga 20° ($\pm 4^{\circ}$) – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak

27. Regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga 20° ($\pm 4^{\circ}$) – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. Tak

28. Elektryczna funkcja CPR z każdej pozycji do reanimacji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg Tak

29. Elektryczna pozycja antyszokowa z każdej pozycji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg Tak

30. Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych z diodową sygnalizacją stanu (na panelu sterowniczym) dla poszczególnych regulacji:

- regulacji wysokości
- regulacji części plecowej
- regulacji części nożnej
- regulacji pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga
- sterowań nożnych Tak

31. Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji . Przycisk dostępności funkcji w sterowaniu: na panelu, w barierkach bocznych Tak

32. Odłączenie wszelkich regulacji z pilota, barierek, sterowań nożnych lub panelu po 180 sekundach nieużywania regulacji (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji) Tak

33. Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub też o innym oznaczeniu) natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze. System odłączający wszystkie sterowania: panel, pilot i sterowania nożne. System uniemożliwiający jakąkolwiek regulację nie tylko jako blokadę poszczególnych segmentów ale również deaktywujący przyciski z pozycjami programowalnymi. Tak

34. Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR Tak

35. Pojedyncze koła jezdne o średnicy 150mm gwarantujące doskonałą mobilność łóżka Tak

36. Łóżko wyposażone w piąte koło kierunkowe

37. Bezpieczne obciążenie robocze 400 kg w pozycji horyzontalnej oraz Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 230kg pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego Tak

38. Możliwość wyboru kolorystyki szczytów i barierek bocznych Tak

39. Wyposażenie

- wieszak do kroplówki

1. materac o grubości 120mm wykonany z piany poliuretanowej zapobiegającej odleżyną do drugiego stopnia włącznie. Twarda piana na krawędziach i na spodzie materaca zwiększająca komfort pacjenta. Materac posiadający nacięcia w okolicach głowy i pięt zmniejszające nacisk oraz specjalne profilowania w części centralnej dla najlepszej dystrybucji nacisku. Materac w pokryciu nie przepuszczającym płynów infuzyjnych a przepuszczającym powietrze. Pokrowiec z krytym zamkiem.

2. Listwa z tworzywowymi uchwytami do worków urologicznych

Wysuwana spod leża półka na pościel z miejscem do odłożenia panelu sterowniczego Tak

II Informacje dodatkowe

40. Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

41. Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą Podać

42. Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą Podać

43. Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów

44. Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Łóżek szpitalnych wielofunkcyjnych w ilości 6 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Łóżko szpitalne wielofunkcyjne

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne szafek

6 Łóżko wielofunkcyjne dla pacjentów OIT Tak, opisać

7 Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci w celu uniknięcia nieświadomego wyrwania kabla z gniazdka i uszkodzenia łóżka lub gniazdka Tak

8 Szerokość zewnętrzna łóżka z barierkami bocznymi – 950mm (+/-50mm) Tak, podać rozmiary

9 Długość zewnętrzna łóżka – 2160mm (+/-50mm) z możliwością przedłużania leża dla pacjentów wysokiego wzrostu Tak, podać rozmiary

10 Leże łóżka 4 – sekcyjne o nowoczesnej konstrukcji opartej na dwóch kolumnach cylindrycznych gwarantującej łatwą dezynfekcję i walkę z infekcjami . Tak,

11 Wbudowany akumulator do zasilania podczas transportu ze wskaźnikiem stanu naładowania Tak

12 Akumulator wyposażony we wskaźnik zużycia informujący o konieczności wymiany Tak

13 Barierki dzielone, tworzywowe poruszające się z segmentami leża będące zabezpieczeniem na całej długości łóżka to znaczy od szczytu głowy aż do szczytu nóg oraz zabezpieczające pacjenta w pozycji siedzącej.

Barierki jednorodne bez elementów łączonych. Tak

14 Barierki boczne o wysokości co najmniej 45 cm powyżej poziomu leża pacjenta umożliwiające współpracę łóżka z materacami anty-odleżynowymi zaawansowanymi o wysokości nawet do 23 cm Tak

15 Sterowanie elektryczne łóżka przy pomocy:

Paneli w barierkach bocznych

Panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg posiadającego co najmniej kilkucentymetrowe piktogramy pozwalające na łatwą identyfikację funkcji wykonywanej za pomocą konkretnego przycisku

— sterowników nożnych

Panel sterowniczy wyposażony w elektroniczne kontrolki aktywnych, zablokowanych funkcji łóżka Tak

16 Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie 400 mm do 780 mm (+/- 50 mm)

gwarantująca bezpieczne opuszczanie łóżka /nie dotykaniu pełnymi stopami podłogi podczas opuszczania łóżka/. Tak

17 Regulacja wysokości z dźwiękowym wskaźnikiem osiągnięcia wysokości minimalnej Tak

18 Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie 75 ° +/- 5 ° Tak

19 Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie 50 ° +/- 5 ° Tak

20 Regulacja elektryczna funkcji autokontur, sterowanie przy pomocy przycisków w barierkach bocznych i z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak

21 Funkcja autoregresji o parametrze minimum 11 cm niwelująca ryzyko powstawania odleżyn dzięki minimalizacji nacisku w odcinku krzyżowo-lędźwiowym a tym samym pełniąc funkcje profilaktyczną przeciwko odleżynom Tak

22 Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga 20 ° (+/- 4 °) – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg Tak

23 Regulacja elektryczna pozycji anty-Trendelenburga 20 ° (+/- 4°) – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg. Tak

24 Elektryczna funkcja CPR z każdej pozycji do reanimacji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg Tak

25 Elektryczna pozycja antyszokowa z każdej pozycji – sterowanie przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym montowanym na szczycie łóżka od strony nóg Tak

26 Wyłączniki/blokady funkcji elektrycznych z diodową sygnalizacją stanu (na panelu sterowniczym) dla poszczególnych regulacji:

— regulacji wysokości

— regulacji części plecowej

— regulacji części nożnej

— regulacji pozycji Trendelenburga i anty- Trendelenburga

— sterowań nożnych Tak

27 Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przycisku uruchamiającego dostępność funkcji . Przycisk dostępności funkcji w sterowaniu: na panelu, w barierkach bocznych Tak

28 Odłączenie wszelkich regulacji z pilota, barierek, sterowań nożnych lub panelu po 180 sekundach nieużywania regulacji (konieczność świadomego ponownego uruchomienia regulacji) Tak

29 Przycisk bezpieczeństwa (oznaczony charakterystycznie: STOP lub też o innym oznaczeniu) natychmiastowe odłączenie wszystkich funkcji elektrycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia dla pacjenta lub personelu również odcinający funkcje w przypadku braku podłączenia do sieci – pracy na akumulatorze. System odłączający wszystkie sterowania: panel, pilot i sterowania nożne. System uniemożliwiający jakąkolwiek regulację nie tylko jako blokadę poszczególnych segmentów ale również deaktywujący przyciski z pozycjami programowalnymi. Tak

30 Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR Tak

31 Pojedyncze koła jezdne o średnicy 150 mm gwarantujące doskonałą mobilność łóżka Tak

32 Łóżko wyposażone w piąte koło kierunkowe

33 Bezpieczne obciążenie robocze 400 kg w pozycji horyzontalnej oraz Bezpieczne obciążenie robocze dla każdej pozycji leża i segmentów na poziomie minimum 230 kg pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy tym obciążeniu bez narażenia bezpieczeństwa pacjenta i powstanie incydentu medycznego Tak

34 Możliwość wyboru kolorystyki szczytów i barierek bocznych Tak

35 Wyposażenie

— wieszak do kroplówki

— materac o grubości 120 mm wykonany z piany poliuretanowej zapobiegającej odleżynom do drugiego stopnia włącznie. Twarda piana na krawędziach i na spodzie materaca zwiększająca komfort pacjenta. Materac posiadający nacięcia w okolicach głowy i pięt zmniejszające nacisk oraz specjalne profilowania w części centralnej dla najlepszej dystrybucji nacisku. Materac w pokryciu nie przepuszczającym płynów infuzyjnych a przepuszczającym powietrze. Pokrowiec z krytym zamkiem.

— Listwa z tworzywowymi uchwytami do worków urologicznych

— Wysuwana spod leża półka na pościel z miejscem do odłożenia panelu sterowniczego Tak

II Informacje dodatkowe

36 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

37 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą Podać

38 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą Podać

39 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów

40 Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Pomp infuzyjnych strzykawkowych w ilości 30 szt.

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa

z klawiaturą numeryczną [fabrycznie nowa, oznakowanie CE] TAK

1 Producent Podać

2 Model/typ Podać

3 Rok produkcji Podać

4 Możliwość stosowania strzykawek o różnych pojemnościach [minimum] 5/6 ml, 10 ml, 20 ml, 30 ml, 50/60 ml Tak, podać

5 Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów krajowych i zagranicznych /minimum 5/ - podać nazwy producentów wykorzystywanych strzykawek Tak, podać

6 Automatyczne rozpoznawanie strzykawek Tak

7 Zakres szybkości dozowania [minimum] co 0,1 ml/h

0,1-2000 ml/h dla strzykawek 50/60 ml

0,1-1200 ml/h dla strzykawek 30/35 ml

0,1-1000 ml/h dla strzykawek 20 ml

0,1-600 ml/h dla strzykawek 10/12 ml

0,1-400 ml/h dla strzykawek 5/6 ml Tak, podać

- 8 Programowana szybkość podaży w jednostkach [minimum] ml/h, mg/h, µg/h, mg/kg/h, µg/kg/h, mg/kg/min, µg/kg/min Tak, podać
 - 9 Dokładność szybkości dozowania +/-2% Tak
 - 10 Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu Tak
 - 11 Regulowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej [minimum] do 2000 ml/h co 0,1 dla strzykawk 50/60 ml Tak, podać
 - 12 Programowane ciśnienie okluzji w zakresie [minimum] 300-900 mmHg co 75 mmHg Tak, podać
 - 13 Możliwość podglądu lub zmiany parametrów w trakcie infuzji Tak
 - 14 Możliwość zablokowania przycisków klawiatury Tak, podać
 - 15 Możliwość programowania nazwy oddziału Tak, podać
 - 16 Wewnętrzna lista leków [minimum] 30 nazw z możliwością dopisywania nazw leków przez użytkownika Tak, podać
 - 17 Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku [minimum 12 profili] Tak, podać
 - 18 Możliwość programowania prędkości, prędkości i objętości, prędkości i czasu, objętości i czasu Tak
 - 19 Funkcja Stand-By programowana Tak, podać
 - 20 Funkcja KVO programowalna w zakresie [minimum] 0-5 ml/h co 0,1 ml/h Tak, podać
 - 21 Historia infuzji [minimum] 1500 zdarzeń Tak, podać
 - 22 System kontroli i sygnalizacji stanów zagrażających życiu pacjenta wizualny i dźwiękowy. Podać listę alarmów. Tak, podać
 - 23 Wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim Tak
 - 24 Uchwyt umożliwiający zamocowanie pompy m.in. do stojaka Tak
 - 25 Zasilanie sieciowe 100-240 V, 50/60 Hz (zasilacz wewnętrzny) Tak
 - 26 Klasa ochronności [minimum] I, CF, odporność na defibrylację Tak
 - 27 Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe [minimum] 20h przy przepływie 5 ml/h i 4h przy przepływie 100 ml/h Tak, podać
 - 28 Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego Tak
 - 29 Waga [max] 2,5 kg Tak, podać
 - II Warunki gwarancji i serwisu
 - 30 Okres gwarancji /minimum/ 24 miesiące od daty dostawy Tak, podać
 - 31 Koszt serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatny Tak
 - 32 Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia Tak, podać
 - 33 Czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw licząc od chwili przyjęcia zgłoszenia /max/ 5 dni roboczych Tak, podać
 - 34 Serwis na terenie Polski Tak, podać dane adresowe, tel, fax
 - 35 Dostępność części zamiennych po ustaniu produkcji zaoferowanego modelu /minimum/ 10 lat Tak, podać
- Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
- Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Pomp infuzyjnych objętościowych w ilości 5 szt.
- L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana
- 1 Nazwa, typ, model pompy Podać
 - 2 Producent Podać
 - 3 Kraj pochodzenia Podać
 - 4 Rok produkcji Podać

- 5 Certyfikat CE TAK
- 6 Pompa perystaltyczna, objętościowa przeznaczona do zastosowań w anestezji, intensywnej terapii, kardiologii, onkologii itp. TAK
- 7 Możliwość podglądu i zmiany parametrów w trakcie infuzji. Menu w języku polskim. TAK
- 8 Tryby pracy umożliwiające:
- programowanie w jednostkach objętościowych
 - programowanie w jednostkach wagowych TAK
- 9 Funkcja bezpiecznego podawania dawki uderzeniowej BOLUS TAK
- 10 Wielostopniowy pomiar okluzji TAK
- 11 Wbudowana biblioteka leków i płynów infuzyjnych z możliwością modyfikacji TAK
- 12 Historia zdarzeń dostępna z pulpitu pompy i w postaci XML TAK
- 13 Możliwość długotrwałej pracy z akumulatora TAK podać
- 14 Detektor kropli:
z cyfrową filtracją zakłóceń, możliwość odłączania TAK
- 15 Szybkość dozowania:
- 1 — 1000 ml/godz. programowana co 0,1 ml/godz. TAK
- 16 Dokładność dozowania: $\leq 5\%$ TAK podać
- 17 Maksymalna objętość dozowania: 9 999 ml, programowana co 0,1 ml TAK
- 18 Maksymalny czas dozowania: 99 godz. 59 min. 59 sek. TAK
- 19 Szybkość dozowania w trybie KVO:
- 0 - 5 ml/godz programowana co 0,1 ml/h TAK
- 20 Szybkość dozowania w trybie BOLUS maks. 1500 ml/godz., ustawiana co 1 ml TAK podać
- 21 Programowane ciśnienie okluzji: płynne ustawianie w zakresie 40 - 80 kPa TAK
- 22 Ustawiania czułości detektora powietrza:
jednorazowo 0,01 - 0.05 ml powietrza, maks. 1 ml w ciągu 15 min. infuzji TAK podać
- 23 Zasilanie:
AC 230V 10%, 50/60 Hz lub 12 - 15 V DC TAK podać
- 24 Pobór mocy: maks. 20 VA TAK podać
- 25 Akumulator wewnętrzny: NiCd. TAK
- 26 Czas pracy z akumulatora:
min. 12 godz. przy szybkości 25 ml/godz. TAK podać
- 27 Warunki pracy urządzenia:
temperatura otoczenia od + 5 °C do + 40 °C
wilgotność względna 20% ÷ 90% TAK podać
- 28 Interfejs: RS 232 C TAK
- 29 Informacja o stanie naładowania akumulatora TAK
- 30 Wskaźnik ciśnienia infuzji TAK
- 31 Blokada zmiany parametrów hasłem TAK
- 32 Funkcja wypełniania drenu TAK
- 33 Historia infuzji: min. 1500 zdarzeń TAK podać
- 34 Wymagania bezpieczeństwa:
EN 60601-1,
EN 60601-1-2 (EMC),
EN 60601-2-24,
MDD 93/94/EEC TAK
- 35 Wyposażenie:
—przyrządy już kompatybilne z pompą bez zawartości ftalanów, wykonane z RB5, bez odcinka silikonowego w ilości 100 szt TAK
36. Okres gwarancji /minimum/ 24 miesiące od daty dostawy Tak, podać
- Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania

bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Defibrylatora dwufazowego w ilości 1 szt.

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

1 Nazwa, typ, model defibrylatora Podać

2 Producent Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji Podać

5 Certyfikat CE TAK

A Informacje ogólne TAK

6 Defibrylator dwufazowy z możliwością wykonania defibrylacji, kardiowersji I stymulacji przezskórnej TAK

7 Defibrylacja dorosłych i dzieci TAK

8 Ekran monitora: kolorowy, przekątna min. 6,5 cala, wykonana w technologii LCD TFT z aktywną matrycą TAK podać

9 Rozdzielczość min.: 640 x 480 pikseli TAK podać

10 Zasilanie z sieci 230 V/50Hz TAK

11 Dwufazowa fala defibrylacji TAK

12 Energia wstrząsu min. od 1 do 300 J TAK

13 Energia dostępna na min. 19 poziomach TAK

14 Czas ładowania do pełnej energii < 10 sek TAK opisać

15 Defibrylacja ręczna – prowadzona przez twarde łyżki zewnętrzne dla dorosłych i zintegrowane mniejsze łyżki dla dzieci TAK podać

16 Defibrylacja synchroniczna (kardiowersji), prowadzona przy użyciu łyżek defibrylatora TAK

17 Monitorowanie EKG – poprzez kabel pacjenta 3 odprowadzeniowy umożliwiający obserwację 6 odprowadzeń EKG jednocześnie (I, II, III, aVr, aVI, aVf), TAK

18 Zakres pomiaru HR min. od 15 do 300 u./min. TAK

19 Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany w zakresie min. od 15 do 300 u./min TAK

20 Alarm wizualny i dźwiękowy z możliwością zawieszenia i wyłączenia alarmu. TAK

21 Pomiar oddechu w zakresie min. 5-120 oddechów/min. z prezentacją krzywej oddechu. TAK

22 Alarm bezdechu w zakresie min. 5-45 s. TAK

23 Stymulacja przezskórna. Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym TAK

24 Częstotliwość stymulacji w zakresie co najmniej 30-170 imp./min TAK

25 Natężenie prądu stymulacji w zakresie co najmniej 20-180 mA TAK

26 Możliwość ustawienia przez użytkownika histerezy i czasu refrakcji TAK

27 Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości min. 50 mm TAK

28 Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości min. 50 mm TAK

29 Automatyczny auto-test wykonywany bez udziału użytkownika TAK

30 Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora fali EKG i krzywej pletyzmograficznej z ostatnich 6 godzin monitorowania oraz min. 500 zdarzeń defibrylator z możliwością kopiowania tych danych na kartę SD i odtwarzania w komputerze użytkownika TAK

31 Zasilanie z akumulatora wewnętrznego z możliwością min. 1,5 godzinnego monitorowania pacjenta lub możliwość wykonania min. 50 defibrylacji maksymalną energią z zasilania akumulatorowego. TAK

32 Możliwość nieograniczonego w czasie monitorowania i wykonania dowolnej liczby

defibrylacji z zasilania sieciowego. TAK

33 Ciężar samego defibrylatora z wbudowanymi parametrami wraz z akumulatorem i łyżkami twardymi dla dzieci i dorosłych poniżej 7 kg TAK

34 Możliwość rozbudowy defibrylatora o:

— moduł pomiaru SpO2 (technologia Nellcor)

— moduł pomiaru NIBP TAK

B Informacje dodatkowe

35 Gwarancja na sprzęt min 24 miesiące TAK

36 Foldery produktu i instrukcja w języku polskim, szkolenie dla personelu OIT TAK

37 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. TAK

38 Naprawy i koszty serwisu w okresie gwarancyjnym bezpłatne TAK

39 Serwis dostępny na terenie Polski TAK

40 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym podać

41 Koszt dostawy sprzętu ponosi dostawca TAK

Oświadczamy, że oferowany powyżej zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów. Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. systemu ogrzewania pacjenta w ilości 1 szt.

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I System ogrzewania pacjenta

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji 2014

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne

6 Zasilanie 220-230 V, 50/60 Hz Tak, podać

7 Aparat do ogrzewania pacjenta za pomocą ciepłego powietrza, wyposażony w zaczepek na przewód grzewczy Tak

8 Giętki przewód grzewczy wzmocniony drutem Tak

9 Zabezpieczenie termiczne poprzez termostaat wewnętrzny Tak

10 Podstawa jezdna do aparatu (wózek z blokadą min. 2 kół oraz koszem na akcesoria) Tak

11 Możliwość zamocowania aparatu na zwykłym stojaku do kroplówek; łóżku pacjenta Tak

12 Urządzenie zabezpieczone filtrem antywirusowym i antybakteryjnym o wysokiej skuteczności filtracji (HEPA) Tak

13 Pięć poziomów temperatury: temperatura otoczenia, niski 34st, średni 40st, wysoki 45st, bardzo wysoki 47st. Tak

14 Opcja bardzo wysokiej temperatury 47st C, która po 45 minutach automatycznie przełącza się do trybu temperatury wysokiej aby nie poparzyć pacjenta. Tak

15 Kontrola przegrzania urządzenia. Powyżej zaprogramowanej wartości temperatury alarm optyczny i akustyczny oraz automatyczne wyłączenie grzałki Tak

16 Przepływ, wydajność urządzenia minimum 1200 l/min. Tak

17 Waga urządzenia max 7 kg±5% Tak

18 Licznik przepracowanych godzin Tak

19 Dostępne kołdry(koce) ogrzewające pacjenta w kilku rozmiarach, dostosowane do różnego

rodzaju potrzeb. Koce powinny posiadać otwory do podłączenia przewodu grzewczego. Tak
20 Koce wykonane z wielowarstwowej tkaniny (bez lateksu) odpornej na rozdarcie, przebicie i zamoczenie. Materiał przezierny dla promieniowania rentgenowskiego, bez konieczności usuwania koca z ciała pacjenta przy wykonywaniu badań obrazowych. Materiał perforowany umożliwi równomierny, swobodny przepływ powietrza (bez kanałów sterujących przepływem powietrza). Zewnętrzna warstwa wykonana z nietkanego tworzywa, co eliminuje możliwość kontaktu rozgrzanych powierzchni ze skórą pacjenta. Tak

II Wyposażenie wspólne dla urządzeń

21 Koc na całe ciało, wymiary min. 195x95cm – min. 3 opakowania (25 sztuk/op) Tak

III Informacje dodatkowe

22 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

23 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak

24 Koszt serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatny Tak

25 Pasporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak

26 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak

27 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać

28 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Ssaków elektrycznych w ilości 2 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Ssak elektryczny

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne ssaka elektrycznego

6 Wydajność ssania Min 59 l/min Max 65 l/min

7 Maksymalne podciśnienie Nie mniejsze niż 70 kPa

8 Przystosowanie do pracy ciągłej Praca poniżej 55 dB

9 Butle do sterylizacji, przezroczyste – 2 szt. Tak, podać temperaturę

10 Pojemność butli Max 2 ltr

11 Wskaźnik podciśnienia w postaci manometru lub wyświetlacza Tak, podać

12 Wieloobrotowy regulator podciśnienia Tak, podać

13 Zabezpieczenie przed przepełnieniem butli Tak, podać

14 Panel sterujący na wysokości rąk z przyciskami sensorowymi Tak, podać

15 Zabezpieczenie przed zakażeniem przez stosowanie filtrów bakteryjnych Tak

16 Pedal nożny lub wyłącznik nożny zintegrowany z podstawą jezdną Tak

- 17 Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do butli Tak
 - 18 Podstaw jezdnia na kółkach z blokadą Tak
 - 19 Waga ssaka Max 15 kg
 - 20 Zasilanie 230 V, AC, 50/60 Hz Tak
 - 21 Dreny do odsysania silikonowe, łączniki drenów Tak
 - III Informacje dodatkowe
 - 22 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
 - 23 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak
 - 24 Pasporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak
 - 25 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak
 - 26 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać
 - 27 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać
- *w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.
- Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.
- Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1- 5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek
- Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Ssaków próżniowych w ilości 7 szt.
- Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli
- L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana
- I Ssak próżniowy
- 1 Urządzenie typ, model Podać
 - 2 Producent/ Firma Podać
 - 3 Kraj pochodzenia Podać
 - 4 Rok produkcji
 - 5 Oznakowanie CE Tak
- Parametry techniczne ssaka próżniowego
- 6 Wydajność maksymalna 250 ml/10 sek
 - 7 Maksymalne podciśnienie 0 do – 1 bar
 - 8 Regulacja ssania płynna za pomocą pokrętła membranowego Tak, opisać
 - 9 Przepływ w zakresach 30 +/- 5 l/min Tak, podać
 - 10 Pojemność pojemnika bezpieczeństwa 100 ml Tak, podać
 - 11 Wskaźnik podciśnienia w postaci manometru Tak, podać
 - 12 Warunki używania i przechowywania – wilgotność powietrza 70 % Tak, podać
 - 13 Pojemnik zbiorczy jednolitrowy Tak, podać
 - 14 Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do butli Tak, podać
 - 15 Zabezpieczenie przed zakażeniem przez stosowanie filtrów bakteryjnych Tak
 - 16 Możliwość mocowania do szyny Tak
 - 17 Możliwość stosowania wkładów jednorazowych do butli Tak
 - 18 Komplet węży silikonowych: wąż łączący regulator z pojemnikiem bezpieczeństwa, wąż pomiędzy pojemnikiem zbiorczym a pacjentem oraz z końcówka aplikacyjna; do każdego ssaka Tak
 - 19 Zastosowanie do systemu próżniowego centralnego Tak

Informacje dodatkowe

20 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

21 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak

22 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak

23 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1- 5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Resuscytatorów ambu w ilości 7 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Resuscytator Ambu

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne reuscytatora

6 Fabrycznie nowe Tak

7 Resuscytator silikonowy dla dorosłych o masie ciała powyżej 30 kg Tak

8 Całkowita objętość worka min 1500 ml Tak

9 Objętość oddechowa min 500 ml Tak

10 Aparat wielorazowego użytku Tak

11 Objętość rezerwuaru tlenu min 1500ml Tak, podać

12 Możliwość wielokrotnej sterylizacji w autoklawie w temperaturze 134°C Tak, podać

13 Maski oddechowe dla dorosłych nr 4 lub 5 Tak

14 Złącze wydechowe (do podłączenia zaworu PEEP) – min 20 mm Tak, podać

15 Informacje dodatkowe

16 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

17 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak

18 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak

19 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw. Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na

jego pisemny wniosek

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Laryngoskopów klasycznych w ilości 2 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Laryngoskop klasyczny Macintosh

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne laryngoskopu

6 Laryngoskop Macintosh w zestawie z trzema lub czterema łyżkami 2,3,4, lub 2,3,4,5 Tak, podać rozmiary

7 Laryngoskop wykonany ze stali nierdzewnej Tak

8 Łyżki wykonane ze stali nierdzewnej i niemagnetycznej lub magnetycznej o wysokiej trwałości Tak

9 Oświetlenie klasyczne za pomocą żarówki umieszczonej w łyżce Tak

10 Żarówka xenon umieszczona w łyżce Tak

11 Poziom jasności powyżej 3000lux Tak

12 Możliwość sterylizacji w temperaturze do 134°C i w roztworach sterylizacyjnych Tak

13 Zasilanie na baterie 2xR14 Tak

14 Kompatybilne z łyżkami jednorazowymi Tak

II Informacje dodatkowe

15 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

16 Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Wózka do transportu chorych w ilości 1 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Wózek do transportu chorych

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne wózka do transportu chorych

6 Zakres regulacji wysokości leża Min 600mm Max 900mm

7 Wymiary zewnętrzne 1960x700mm (+/-10mm)

- 8 Dwusegmentowe leże Tak
 - 9 Możliwość podnoszenia zagłówka Tak
 - 10 Wykonane z stalowych rur pokrytych lakierem proszkowym Tak
 - 11 Leże wykonane z płyty przepuszczalnej dla promieni RTG Tak
 - 12 Regulacja wysokości leża za pomocą mechanizmu śrubowego Tak
 - 13 Koła jezdne z indywidualną lub centralną blokadą jezdnią Tak
 - 14 Bariery boczne, łatwe do opuszczania Tak
 - 15 Wieszak kroplówki Tak
 - 16 Materac leża z materiałów łatwozmywalnych i odpornych na działanie środków dezynfekcyjnych Tak
 - 17 Funkcję transportową materaca Tak
- II Informacje dodatkowe
- 18 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
 - 19 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak
 - 20 Paspordy techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak
 - 21 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak
- *w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.
- Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.
- Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.
- Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Słuchawek lekarskich w ilości 7 szt.
- Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli
- L.p. Parametr / warunek -Wymóg - Wartość oferowana
- I Słuchawki lekarskie
- 1 Urządzenie typ, model Podać
 - 2 Producent/ Firma Podać
 - 3 Kraj pochodzenia Podać
 - 4 Rok produkcji
 - 5 Oznakowanie CE Tak
- Parametry techniczne słuchawek
- 6 Klasyczne słuchawki lekarskie Tak, podać rozmiary
 - 7 Jedno lub dwustronna głowica Tak
 - 8 Membrana przylegająca do ciała pacjenta Tak
 - 9 Długość drenu powyżej 60 cm Tak
- II Informacje dodatkowe
- 10 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
 - 11 Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak
- *w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.
- Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie

dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Materaców przeciwodłęzynowych, ciśnieniowych z pneumatyczną pompą w ilości 7 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Materac przeciwodłęzynowy, ciśnieniowy

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne materaca przeciwodłęzynowego, ciśnieniowego

6 Wysokość materaca Min 15 cm

7 Wymiary 200 x 85 cm (+/-5 cm) Tak, podać

8 Nowoczesna konstrukcja materaca umożliwiająca odcinkowe usunięcie komór spod leżącego pacjenta celem realizowania terapii bezdotykowej Tak, opisać

9 Minimum 20 wymiennych komór poprzecznych umieszczonych w rzędach, napęniających się i opróżniających się na przemian, co druga na całej powierzchni materaca oraz posiadających zabezpieczenie antyrotacyjne Tak, opisać

10 Wykonany z elastycznego poliuretanu Tak

11 System komór spodnich stale wypełnionych powietrzem dla zabezpieczenia pacjenta przed kontaktem z konstrukcją łóżka Tak, podać

12 Funkcje szybkiego spuszczenia powietrza tzw CPR Tak

13 Wytrzymałość mechaniczna dla pacjenta Minimum 230 kg

14 Wzmocnione przewody materaca w pokrowcu Tak, podać

15 System dotleniania uciskanych tkanek Tak

16 Pokryty półprzepuszczalnym wzmocnionym pokrowcem poliuretanowym, wielokierunkowo rozciągliwym, zapinanym na zamek z możliwością mycia i dezynfekcji pokrowca w temp. 95 st. C i suszenia w temp. 110 st. C Tak

17 Funkcję transportową Minimum 2h

Parametry techniczne pompy pneumatycznej

18 Manualna bezstopniowa regulacja ciśnienia w zakresie 20-60 mmHg (+/-5) Tak

19 Czas trwania pełnego cyklu Poniżej 15 minut

20 Wizualny i dźwiękowy alarm spadku napięcia Tak

21 Wyłącznik alarmu dźwiękowego Tak

22 Funkcje wyboru trybu statycznego Tak

23 Wydajność pompy Minimum 10 l/min

24 Gniazdo szybkozłączki do połączenia z materacem Tak

25 Wymienny, zewnętrzny, mechaniczny filtr powietrza Tak

26 Wymienny, zewnętrzny filtr antybakteryjny Tak

27 Zaczepy do zawieszenia pompy na łóżku Tak

28 Kabel sieciowy zasilający Minimum 400 cm

29 Zasilanie 230 V, AC, 50/60 Hz Tak

II Informacje dodatkowe

30 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

31 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą sprzętu Tak

- 32 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą sprzętu Tak
- 33 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak
- 34 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać
- 35 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać
- *w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.
- Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.
- Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 oraz II posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.
- Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Video-laryngoskopu z wyświetlaczem w ilości 1 szt.
- Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli
- L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana
- I Video-laryngoskop
- 1 Urządzenie typ, model Podać
- 2 Producent/ Firma Podać
- 3 Kraj pochodzenia Podać
- 4 Rok produkcji
- 5 Oznakowanie CE Tak
- Parametry techniczne wziernika
- 6 Wziernik z oświetleniem LED białe diody Tak, podać
- 7 Możliwość zastosowania rurek intubacyjnych dla dorosłych Tak, podać rozmiary
- 8 Napięcie znamionowe
- 9 Kąt widzenia Min 75
- 10 Głębokość ostrości od 4,5 – 55 mm
- 11 Metoda dezynfekcji Tak, podać
- 12 Metoda sterylizacji Tak, podać
- 13 Długość robocza Tak, podać
- Parametry techniczne wyświetlacza LCD
- 14 Urządzenie zasilane z akumulatora Tak, podać
- 15 Wielkość wyświetlacza Min 2” kolor
- 16 Rozmiary wyświetlacza Szer. Min 7 mm
- Wys Min 5,5mm
- 17 Waga Max 90 g
- 18 Automatyczna regulacja jasności Tak
- 19 Automatyczna regulacja kontrastu Tak
- 20 Czas ładowania akumulatora Do 90 min
- 21 Czas pracy na naładowanym w pełni akumulatorze Do 120 min
- 22 Ładowanie akumulatora z ładowarki sieciowej Tak, podać parametry
- 23 W komplecie zawarta ładowarka Tak
- 24 Standard video sygnału Podać
- II Informacje dodatkowe
- 25 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
- 26 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak

27 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak

28 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak

29 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać

30 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Przenośnego bronchofiberoskopu intubacyjnego w ilości 1 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg Wartość oferowana

I Endoskop przenośny (bronchofiberoskop)

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne

6 Zasilanie źródłem światła o wadze do 0,8 kg Tak, podać

7 Endoskop przenośny zasilany bezprzewodową, baterijną lampą LED Tak

8 Wychylenia końcówki roboczej góra min 160 dół min 130

9 Pole widzenia Min 95

10 Średnica zewnętrzna sondy wziernika Max 5,5 mm

11 Przyłącze ssaka metalowe zamocowane na stałe do endoskopu Tak

12 Średnica kanału instrumentalnego Min 2,5 mm

13 Długość robocza Min 600 mm

14 Tester szczelności z manometrem Tak

15 Kleszcze chwytne wielorazowego użytku Tak

II Informacje dodatkowe

16 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

17 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak

18 Paszporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak

19 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak

20 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać

21 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Szafek przyłóżkowych bez blatu bocznego w ilości 7 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Szafki przyłóżkowe

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Parametry techniczne szafek

6 Szafka dwustronna zapewniająca pełną funkcjonalność i dostęp do szuflad, drzwiczek kiedy będzie umieszczona z prawej lub lewej strony łóżka. Tak, podać rozmiary

7 Konstrukcja szafki kontenerowa wykonana ze stali lakierowanej, lub blachy ocynkowanej odpornej na działanie promieni UV oraz środków dezynfekcyjnych

8 Szerokość całkowita: 500 mm (+ 20 mm) Tak, podać rozmiary

9 Długość całkowita: 500 mm (+ 20 mm) Tak, podać rozmiary

10 Wysokość całkowita: 850 mm (+20 mm) Tak, podać rozmiary

11 Błat szafki wykonany z wysokociśnieniowego tworzywa sztucznego odpornego na środki dezynfekcyjne i wysoką temperaturę. Błat górny i boczny z galeryjką chroniącą przedmioty przed upadkiem. Błat górny z dwoma uchwytami do przetaczania i prowadzenia szafki Tak

12 Szuflada górna wysuwana na prowadnicach. Drzwiczki dolne z mechanizmem samo domykającym. Tak

13 Czoło szuflady oraz drzwiczki wykonane z wysokociśnieniowego tworzywa odpornego na środki dezynfekcyjne oraz wysoką temperaturę. Szuflada i drzwiczki wyposażone w lakierowane uchwyty do otwierania Tak

14 Szafka przejezdna wyposażona w kółka na każdym z narożników. Tak

15 Koła szafki z indywidualną blokadą Tak

16 Szafka odporna na środki dezynfekcyjne Tak

II Informacje dodatkowe

17 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

18 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą Podać

19 Pasporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą Podać

20 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów

21 Karta gwarancyjna wraz z dostawą Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Wózka anestezjologicznego

w ilości 1 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Wózek anestezyjologiczny

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

II Parametry techniczne wózka anestezyjologicznego

6 Szkielet wózka, blat górny i czoła szuflad wykonane z materiału BAYDUR lub innego tworzywa charakteryzującego się wysoką wytrzymałością(porównywalne do stali) Tak , podać

7 Wymiary zewnętrzne min 800x 600x 900 Tak podać

8 Konstrukcja wózka wyposażona w centralny system zamknięcia wszystkich szuflad- zamykany na klucz Tak,opisać

9 Wózek wyposażony w szuflady Tak

10 Pojemnik szuflad jednoczęściowe –odlane w formie bez elementów łączenia Tak

11 Czoła szuflad z możliwością umieszczenia opisu zawartości Tak

12 Regulacja wysokości leża za pomocą mechanizmu śrubowego Tak

13 Blat zabezpieczony przed zsuwaniem się przedmiotów Tak

14 Wózek wyposażony w pojemniki na cewniki oraz do zużytych igieł Tak

15 Wózek wyposażony w uchwyt na butlę z tlenem Tak, opisać

16 W części górnej nadstawka z kieszeniami na leki Tak

17 Wyposażenie wózka zintegrowane w budowie nie zwiększające jego gabarytów Tak, opisać

18 Wózek zaopatrzony w uchwyt ułatwiający przemieszczanie wózka Tak, opisać

19 Układ jezdny wózka wyposażony w 4 kółka jezdne w sposób zwiększający zwrotność wózka Tak, opisać

20 Wieszak do kroplówki z regulacją wysokości w wyposażeniu wózka Tak

III Informacje dodatkowe

21 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

22 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak

23 Paspordy techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak

24 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Monitor do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Pomiar rzutu serca

6 Ocena hemodynamiczna układu krążenia metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi drogą kaniulizacji jednego dostępu naczyniowego (dostęp tętniczy), bez użycia cewnika Swan-Ganza Tak ,opisać

7 Małoinwazyjna metoda pomiaru rzutu serca z wykorzystywaniem max 1 dostępu naczyniowego Tak, opisać

8 Parametry monitorowane lub wyliczane:

rzut serca (CO);

— objętość wyrzutowa (SV);

— systemowy (obwodowy) opór naczyniowy (SVR);

— zmienność objętości wyrzutowej (SVV);

— saturacja w żyła głównej (Scvo2)

— saturacja krwi mieszanej (Svo2) Tak

9 Częstotliwość odświeżania danych pomiarowych: dla CCO co min. 20 sek Tak

10 Możliwość podawania parametrów w postaci indeksowanej:

— CI;

— SVI;

— SVRI

— DO2I

Ekran urządzenia

11 Ekran zintegrowany z monitorem Tak

12 Aktywna kolorowa matryca TFT o przekątnej nie mniejszej niż 8"

Tak

13 Ekran o rozdzielczości nie mniejszej niż 800 x 480 pikseli

Tak

14 Wyświetlanie danych w postaci ekranów:

— ekranu graficznego;

— ekranu tabelarycznego;

— ekranu wartości cyfrowych Tak

15 Ekran trendów graficznych:

— wizualizacja minimum dwóch wartości w postaci cyfrowej, trendu graficznego;

— procentowy wskaźnik zmian mierzonego parametru w założonym przedziale czasowym dla każdego mierzonego parametru Tak, opisać

16 Ekran trendów tabelarycznych:

— możliwość wizualizacji cyfrowej do 5 parametrów monitorowanych w przedziałach czasowych od 1 minuty do 1 godziny Tak, opisać

17 Ekran wartości liczbowych:

— możliwość jednoczesowego wyświetlenia do 8 parametrów; Tak, opisać

18 Możliwość kalkulacji SVR, DO2 Tak, opisać

19 Czujniki do pomiarów hemodynamicznych ze zintegrowanym wyjściem sygnału IBP – 2 szt Tak,

20 Pamięć trendów monitora min. 72 godz. Tak

21 Waga aparatu poniżej 3 kg Tak

22 Monitor wyposażony w złącze szeregowo RS232, umożliwiające przesyłanie danych pomiarowych do zewnętrznych monitorów funkcji życiowych pacjenta Tak

II Informacje dodatkowe

23 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać

24 Koszt serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatny Tak

25 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak

26 Pasporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak

27 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak

28 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać

29 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych dot. Monitora do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą termodylucji przezpłucnej, analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi w ilości 1 szt.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli

L.p. Parametr / warunek - Wymóg - Wartość oferowana

I Monitor do pomiaru parametrów hemodynamicznych metodą termodylucji przezpłucnej, analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi

1 Urządzenie typ, model Podać

2 Producent/ Firma Podać

3 Kraj pochodzenia Podać

4 Rok produkcji

5 Oznakowanie CE Tak

Pomiar rzutu serca

6 Ocena hemodynamiczna układu krążenia metodą termodylucji przezpłucnej bez drogą kaniulacji obwodowego naczynia tętniczego i żyły głównej górnej, bez użycia cewnika Swan-Ganza Tak

7 Ocena hemodynamiczna układu krążenia metodą analizy krzywej ciśnienia tętniczego krwi drogą kaniulizacji jednego dostępu naczyniowego (dostęp tętniczy), bez użycia cewnika Swan-Ganza Tak ,opisać

8 Ciągły pomiar saturacji żylną przy pomocy wkłucia centralnego trójświatłowego z modulem optycznym Tak

9 Parametry monitorowane lub wyliczane:

— rzut serca (CO);

— objętość wyrzutowa (SV);

— systemowy (obwodowy) opór naczyniowy (SVR);

— zmienność objętości wyrzutowej (SVV);

— indeks pozanaczyniowej wody wewnątrzpłucnej (ELWI);

— indeks przepuszczalności naczyń płucnych (PVPI);

— indeks całkowitej objętości końcoworozkurczowej zawartej w jamach serca (GEDV);

- całkowita frakcja wyrzutowa (GEF);
- wewnątrzkratkowa objętość krwi (ITBV);
- indeks funkcji serca (CFI);
- wewnątrzplucna objętość krwi (PBV);
- saturacja krwi żyłnej (ScvO₂); Tak
- 10 Częstotliwość odświeżania danych pomiarowych:
 - dla CCO co min. 20 sek
 - dla ScvO₂ co min 2 sek. Tak
- Ekran urządzenia
- 11 Ekran zintegrowany z monitorem Tak
- 12 Aktywna kolorowa matryca TFT o przekątnej nie mniejszej niż 10" Tak
- 13 Ekran o rozdzielczości nie mniejszej niż 800 x 480 pikseli Tak
- 14 Wyświetlanie danych w postaci ekranów:
 - kokpit;
 - interwencyjny;
 - fizjologiczny;
 - drzewa decyzyjnego;
 - graficzny;
 - tabelaryczny;
 - wartości cyfrowych; Tak
- 15 Ekran typu „kokpit”:
 - definiowany i wizualizowany kolorem przez Użytkownika zakres celów terapii i alarmów;
 - dynamiczny wskaźnik stanu mierzonej wielkości w postaci strzałki;
 - duże wartości cyfrowe mierzonych parametrów;
 - procentowy wskaźnik zmian mierzonego parametru w założonym przedziale czasowym;
 Tak, opisać
- 16 Ekran interwencyjny:
 - możliwość wizualizacji trzech wartości w postaci trendu graficznego, wartości cyfrowych, procentowej zmiany od chwili podjęcia interwencji oraz stanu mierzonego parametru określonego kolorem. Tak, opisać
- 17 Ekran fizjologiczny

możliwość jednoczesowej wizualizacji cyfrowej i w postaci animacji indeksu całkowitej objętości końcoworozkurczowej w jamach serca (GEDV), pozanaczyniowej wody wewnątrzplucnej (EVLW), indeksu systemowego oporu obwodowego (SVRI) oraz zmienności objętości wyrzutowej (SVV);

 - możliwość jednoczesowego wyświetlania wartości saturacji żyłnej (ScvO₂); Tak, opisać
- 18 Ekran zależności danych:
 - wyświetlanie powiązanych ze sobą parametrów hemodynamicznych związanych z obciążeniem wstępnym, obciążeniem następczym, kurczliwością oraz saturacją żylną;
 - parametry wyświetlane w postaci cyfrowej Tak, opisać
- 19 Ekran trendów graficznych:
 - możliwość wyświetlania 1, 2, 3 lub 4 trendów graficznych monitorowanych parametrów;
 - jednoczesowe wyświetlane w postaci cyfrowej bieżącej wartości; Tak, opisać
- 20 Ekran trendów tabelarycznych:
 - możliwość wyświetlania 1, 2, 3 lub 4 trendów tabelarycznych (wartości cyfrowe) monitorowanych parametrów;
 - jednoczesowe wyświetlane w postaci cyfrowej bieżącej wartości; Tak, opisać
- 21 Ekran wartości cyfrowych:
 - duże wartości cyfrowe mierzonych parametrów;
 - procentowy wskaźnik zmian mierzonego parametru w założonym przedziale czasowym;

- możliwość wizualizacji 1, 2, 3 lub 4 wartości jednocześnie Tak, opisać
- 22 Możliwość dodatkowego oznaczenie statusu wyświetlanych parametrów przy pomocy kolorowych wskaźników (zielony, żółty, czerwony) – powiązanych z zakresami alarmów Tak, opisać
- 23 Możliwość wprowadzenia poprawki związanej z resekcją płuca lub jego płata do obliczeń termodylucji przezpłucnej Tak, opisać
- 24 Pamięć trendów monitora min. 72 godz. Tak
- 25 Waga aparatu poniżej 3,5 kg Tak
- 26 Czujniki do pomiarów hemodynamicznych ze zintegrowanym wyjściem sygnału IBP – 2 szt
- 27 Podstawa jezdna do zamocowania monitora Tak

II Informacje dodatkowe

- 28 Okres gwarancji min. 24 miesiące Podać
- 29 Koszt serwisowania w okresie gwarancyjnym bezpłatny Tak
- 30 Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatury Tak
- 31 Pasporty techniczne i karta gwarancyjna wraz z dostawą aparatury Tak
- 32 Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów. Tak
- 33 Częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. Podać
- 34 Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. Podać

*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.

Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt I 1-5 posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

II.1.6. CPV code(s)

33100000 Medical equipments, 33111000 X-ray devices, 33123210 Cardiac-monitoring devices, 33157400 Medical breathing devices, 33192120 Hospital beds, 33194110 Infusion pumps, 33182100 Defibrillator, 33192300 Medical furniture except beds and tables

II.1.7. Information about the Government Procurement Agreement (GPA)

The procurement is covered by the Government Procurement Agreement: no

II.1.8. Lots

This contract is divided into lots: no

II.1.9. Information about variants

Variants will be accepted: no

II.2. Scope of the procurement

II.2.1. Total quantity or scope

Estimated value excluding VAT: 798 287,73 PLN

II.2.2. Information about options

Options: no

II.2.3. Information about renewals

This contract is subject to renewal: no

II.3. Duration of the contract or time limit for completion

Duration in days: 42 (from the award of the contract)

Section III: Legal, economic, financial and technical information

III.1. Conditions related to the contract

III.1.1. Deposits and guarantees required

Zamawiający żąda zabezpieczenia oferty wadium w kwocie: 23 948,63 PLN, Zgodnie z art. 45 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych wadium musi być wniesione przed upływem terminu składania ofert.

Wadium może być wnoszone w jednej lub kilku następujących formach:

1. pieniądzu
2. poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, z tym że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym
3. gwarancjach bankowych
4. gwarancjach ubezpieczeniowych
5. poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz.U. Nr 109, poz. 1158, z późn. zm.).

Wadium wnoszone w pieniądzu należy wpłacić na rachunek bankowy Zamawiającego: Nordea Bank 60 14401156 0000 0000 0079 9378

Wadium wnoszone w formie poręczeń bankowych, poręczeń spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, gwarancji ubezpieczeniowych, poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (t. jedn. Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 275, z późn. zm.) należy złożyć w formie oryginału w kasie Zamawiającego.

Z treści gwarancji (poręczenia) musi jednoznacznie wynikać, jaki jest sposób reprezentacji Gwaranta. Gwarancja musi być podpisana przez upoważnionego (upelnomocnionego) przedstawiciela Gwaranta. Podpis musi być czytelny, umożliwiający jego identyfikację, np. złożony wraz z imienną pieczęcią lub czytelny (z podaniem imienia i nazwiska). Z treści gwarancji musi wynikać bezwarunkowe, na każde pisemne żądanie Zamawiającego w terminie związania ofertą, zobowiązanie Gwaranta do wypłaty Zamawiającemu pełnej kwoty wadium w okolicznościach określonych w art. 46 ust. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych. Wadium musi być złożone najpóźniej do wyznaczonego terminu składania ofert, tj. do 15.09.2014 r. do godz. 8:30.

Wniesienie wadium w pieniądzu będzie skuteczne, jeżeli w podanym terminie znajdzie się na rachunku Zamawiającego. Wykonawca, który nie wniesie wadium lub nie zabezpieczy oferty akceptowaną formą wadium, zostanie wykluczony z postępowania, a jego oferta zostanie uznana za odrzuconą.

Zamawiający dokona zwrotu wadium zgodnie z art. 46 ust. 1, 2 i 4 ustawy Prawo zamówień publicznych. Zamawiający zażąda ponownego wniesienia wadium zgodnie z art. 46 ust. 4 ustawy Prawo zamówień publicznych. Zamawiający zatrzyma wadium wraz z odsetkami zgodnie z art. 46 ust. 5 ustawy Prawo zamówień publicznych.

III.1.2. Main financing conditions and payment arrangements and/or reference to the relevant provisions governing them

Płatność za wykonanie przedmiotu umowy następować będzie w systemie ratalnym w 36 równych miesięcznych ratach, z możliwością wcześniejszej spłaty, z odroczonym terminem spłaty - pierwsza rata płatna w terminie do końca lutego 2015 r.

III.1.3. Legal form to be taken by the group of economic operators to whom the contract is to be awarded

W przypadku, gdy ofertę składa kilka podmiotów, oferta musi spełniać następujące warunki:
W przypadku, gdy ofertę składają wykonawcy ubiegający się wspólnie o udzielenie zamówienia, wymagane jest załączenie dokumentu pełnomocnictwa określającego zakres umocowania pełnomocnika ustanowionego do reprezentowania ich w postępowaniu lub do reprezentowania ich w postępowaniu oraz zawarcia umowy w sprawie przedmiotowego zamówienia publicznego, w myśl art. 23 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Jeżeli oferta Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia publicznego zostanie wybrana, Zamawiający może żądać przed zawarciem umowy w sprawie zamówienia publicznego, umowy regulującej współpracę tych Wykonawców. Umowa konsorcjum powinna zawierać co najmniej: zobowiązanie do realizacji wspólnego przedsięwzięcia gospodarczego obejmującego swoim zakresem realizację przedmiotu zamówienia, określenie zakresu działania poszczególnych stron umowy, czas obowiązywania umowy, który nie może być krótszy niż okres realizacji zamówienia.

III.1.4. Contract performance conditions

The performance of the contract is subject to particular conditions: no

III.2. Conditions for participation

III.2.1. Suitability to pursue the professional activity, including requirements relating to enrolment on professional or trade registers

List and brief description of conditions: Wykonawca ubiegający się o przedmiotowe zamówienie nie może podlegać wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 i 2 ustawy Prawo zamówień publicznych oraz musi spełniać wszystkie warunki określone w art. 22 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych. Na potwierdzenie spełniania tego warunku Wykonawca musi złożyć oświadczenia według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 i 4 do SIWZ oraz oświadczenia i dokumenty wymienione w punkcie 10 a), b), c), d), e), f) SIWZ.

W ramach warunku dotyczącego posiadania wiedzy i doświadczenia, Wykonawca ubiegający się o przedmiotowe zamówienie musi posiadać min. 3 dostawy (rozpoczęte i zakończone) sprzętu medycznego, zrealizowane w ciągu ostatnich 3 lat przed wszczęciem postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, każda o wartości brutto min 850 000,00 zł.

Spełnienie warunków udziału w postępowaniu oceniane będzie wg kryterium spełnia – nie spełnia, w oparciu o informacje zawarte w dokumentach i oświadczeniach wyszczególnionych w SIWZ. Z treści załączonych dokumentów musi jednoznacznie wynikać, że Wykonawca w/w warunki spełnił. Niespełnienie któregoś z w/w warunków skutkować będzie wykluczeniem Wykonawcy z postępowania, z zastrzeżeniem postanowień art. 26 ust. 3 i 4 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Dokumenty i oświadczenia stanowiące podstawę do oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu:

W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia Wykonawcy w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych, Zamawiający żąda od Wykonawców:

a) oświadczenia o braku podstaw do wykluczenia – wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 3 do SIWZ

oraz

listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust.

5 pkt 5 lub oświadczenia o braku przynależności do grupy kapitałowej

b) aktualnego odpisu z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności

gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

c) aktualnego zaświadczenia właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, lub zaświadczenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert

d) aktualnego zaświadczenia właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzającego, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawionego nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert

e) aktualnej informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert

f) aktualnej informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy, wystawionej nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert
W celu wykazania spełniania przez Wykonawcę warunków posiadania wiedzy i doświadczenia Wykonawca ubiegający się o przedmiotowe zamówienie musi złożyć wraz z ofertą:

g) wykaz wykonanych dostaw sprzętu medycznego w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku posiadania wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów, czy zostały wykonane należycie. Wzór wykazu wykonanych dostaw stanowi załącznik nr 8 do SIWZ.

Od Wykonawców, którzy mają siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Zamawiający żąda:

1. zamiast dokumentów wymienionych w punkcie 10 b), c), d), f) SIWZ Zamawiający żąda dokumentów wystawionych w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzających odpowiednio, że:

a) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości

b) nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne albo że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu

c) nie orzeczono wobec niego zakazu ubiegania się o zamówienie

2. zamiast dokumentów wymienionych w punkcie 10 e) SIWZ Zamawiający żąda:

a) zaświadczenia właściwego organu sądowego lub administracyjnego miejsca zamieszkania osoby, której dokumenty dotyczą, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8, 10 i 11 ustawy.

Dokument, o którym mowa w punkcie 10.1.1 a) i c) oraz 10.1.2 a) SIWZ, powinien być wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

Dokument, o którym mowa w punkcie 10.1.1 b) SIWZ powinien być wystawiony nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert

Jeżeli w miejscu zamieszkania osoby lub w kraju, w którym Wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, nie wydaje się dokumentu, o którym mowa w punkcie 10.1.1 a), b) i c) SIWZ, zastępuje się go dokumentem zawierającym oświadczenie złożone przed notariuszem, właściwym organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego odpowiednio miejsca zamieszkania osoby lub kraju, w którym Wykonawca ma

siedzibę lub miejsce zamieszkania, lub przed notariuszem.

Oferta musi również zawierać następujące dokumenty i oświadczenia:

- a) Wypełnione zestawienie parametrów techniczno-użytkowych granicznych – załącznik nr 1 do SIWZ
- b) w przypadku reprezentowania Wykonawcy przez pełnomocnika, do oferty musi być załączony oryginał pełnomocnictwa lub jego kopia poświadczona notarialnie
- c) oświadczenie Wykonawcy, że oferowany sprzęt spełnia właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej oraz, że Wykonawca posiada wszystkie wymagane dokumenty, potwierdzające, że oferowany sprzęt jest dopuszczony do obrotu i stosowania w jednostkach służby zdrowia i dostarczy je na każde wezwanie zamawiającego (wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 7 do SIWZ)

III.2.2. Economic and financial ability

III.2.3. Technical and professional ability

III.2.4. Information about reserved contracts

III.3. Conditions specific to services contracts

III.3.1. Information about a particular profession

III.3.2. Information about staff responsible for the performance of the contract

Section IV: Procedure

IV.1. Type of procedure

IV.1.1. Type of procedure

Open

IV.1.2. Information about the limits on the number of candidates to be invited

IV.1.3. Information about reduction of the number of solutions or tenders during negotiation or dialogue

IV.2. Award criteria

IV.2.1. Award criteria

Lowest price

IV.2.2. Information about electronic auction

An electronic auction will be used: no

IV.3. Administrative information

IV.3.1. File reference number attributed by the contracting authority

PN/22/2014

IV.3.2. Previous publication concerning this procedure

no

IV.3.3. Conditions for obtaining specifications and additional documents or descriptive document

IV.3.4. Time limit for receipt of tenders or requests to participate

15.9.2014 - 08:30

IV.3.5. Estimated date of dispatch of invitations to tender or to participate to selected candidates

IV.3.6. Languages in which tenders or requests to participate may be submitted

Polish.

IV.3.7. Minimum time frame during which the tenderer must maintain the tender

Duration in days: 60 (from the date stated for receipt of tender)

IV.3.8. Conditions for opening of tenders

Date: 15.9.2014 - 09:00

Place:

56-400 Oleśnica ul. Armii Krajowej 1

Persons authorised to be present at the opening of tenders: yes

Information about authorised persons and opening procedure: Wykonawcy mogą być obecni przy otwieraniu ofert

Section VI: Complementary information

VI.1. Information about recurrence

This is a recurrent procurement: no

VI.2. Information about European Union funds

The procurement is related to a project and/or programme financed by European Union funds:
no

VI.3. Additional information

VI.4. Procedures for review

VI.4.1. Review body

Official name: Krajowa Izba Odwoławcza

Postal address: ul. Postępu 17a

Town: Warszawa

Postal code: 02-676

Country: Poland

Telephone: +48 224587801

Fax: +48 224587700

Internet address: <http://uzp.gov.pl>

VI.4.2. Review procedure

VI.4.3. Service from which information about the review procedure may be obtained

Official name: Krajowa Izba Odwoławcza

Postal address: ul. Postępu 17a

Town: Warszawa

Postal code: 02-676

Country: Poland

Telephone: +48 224587801

Fax: +48 224587700

VI.5. Date of dispatch of this notice

4.8.2014