Numer sprawy **1/2018 Załącznik nr 4 do SIWZ**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

Pakiet nr 1 **Aparat do elektrokoagulacji – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Aparat dwubiegunowy wyposażony między innymi w programy: CUT, BLEND, FORCED COAG, SOFT COAG, BIPOLAR COAG. |  |  |
|  | Możliwość założenia elektrody neutralnej jako gwarancja bezpieczeństwa pacjenta. |  |  |
|  | Parametry obwodu wyjściowego stale monitorowane. |  |  |
|  | Rękojeść jednobiegunowa autoklawowalna. |  |  |
|  | Możliwość wyboru elektrod jednobiegunowych. |  |  |
|  | Podstawowa częstotliwość pracy min.: 400 kHz. |  |  |
|  | Napięcie w przedziale: maks. 100 – 234V / 50 – 60 Hz. |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru.**W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Bezpłatna instalacja aparatu oraz 2 godzinne szkolenie personelu z zakresu obsługi. Każdy członek przeszkolonego personelu otrzyma od Wykonawcy stosowne świadectwo potwierdzające należyte przeszkolenie. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 2

* + - 1. **Waga lekarska ze wzrostomierzem – 3 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

* + - 1. **Waga niemowlęca ze wzrostmiarką – 2 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
| **A)** | **Waga lekarska ze wzrostomierzem – 3 szt.** |  |  |
|  | Waga fabrycznie nowa, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Obciążenie maksymalne: 300 kg. |  |  |
|  | Zasilanie: baterie / opcjonalnie zasilacz dostarczone wraz z wagą. |  |  |
|  | Wyświetlacz LED z możliwością obracania od strony pacjenta lub lekarza / pielęgniarki. |  |  |
|  | Urządzenie z funkcją BMI do podstawowej oceny stanu odżywienia pacjenta, HOLD, TARA, automatyczne wyłączanie. |  |  |
|  | wzrostomierz: - zakres pomiaru w przedziale nie węższym niż 30 – 220 cm- podziałka: 1mm- funkcja pozycjonera głowy- mocowanie kolumny wzrostomierza na co najmniej 2 śrubach |  |  |
| **B)** | **Waga niemowlęca ze wzrostmiarką – 2 szt.** |  |  |
|  | Waga fabrycznie nowa, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Obciążenie maksymalne: 15 kg. |  |  |
|  | Szalka pomiarowa z zakresem pomiaru w zakresie nie węższym niż 33-80 cm. |  |  |
|  | Zasilanie: baterie / opcjonalnie zasilacz dostarczone wraz z wagą. |  |  |
|  | Wyświetlacz LED wbudowany w obudowę wagi. |  |  |
|  | Podziałka: 1 mm. |  |  |
|  | **Dotyczy części A i B** |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru.**W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 3 **Kolposkop – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kolposkop fabrycznie nowy, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Konstrukcja jezdna (na kółkach z hamulcami)statywowa wyposażona w głowicę na składanym ramieniu oraz monitor z regulacją wysokości w zakresie nie węższym niż 950 – 1250 mm. |  |  |
|  | 3 stopnie powiększenia obrazu. |  |  |
|  | Zakres pola widzenia od min. 11 mm do min. 45 mm |  |  |
|  | Stała odległość od badanego obiektu min. 300 mm |  |  |
|  | Natężenie światła powyżej 25000 luksów. |  |  |
|  | Oświetlenie LED, światło białe, zimne o charakterystyce widma zapewniającej wierne odtworzenie barw. |  |  |
|  | Wbudowana kamera. |  |  |
|  | Kamera z funkcją precyzyjnego, automatycznego ustawienia ostrości obrazu (z możliwością ręcznej korekty ostrości). |  |  |
|  | Indywidualnie regulowane okulary. |  |  |
|  | Monitor z regulacją wysokości, obrotu i kata nachylenia min.35° umożliwiający podgląd obrazu zarówno operatorowi jak i pacjentowi. |  |  |
|  | Blokada pozycji monitora. |  |  |
|  | Napięcie zasilające 100 – 240 V AC |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru.**W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Bezpłatna instalacja kolposkopu oraz 2 godzinne szkolenie personelu z zakresu obsługi. Każdy członek przeszkolonego personelu otrzyma od Wykonawcy stosowne świadectwo potwierdzające należyte przeszkolenie. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 4

**A) Chłodziarka farmaceutyczna wolnostojąca – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

**B) Chłodziarka farmaceutyczna w zabudowie – 1 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Dotyczy części A** |  |  |
|  | Chłodziarka fabrycznie nowa, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Chłodziarka farmaceutyczna z drzwiami pełnymi szklanymi lub przeszklonymi, z wymuszonym obiegiem powietrza. |  |  |
|  | Zakres temperatur: nie węższy niż od 20 C do 80 C |  |  |
|  | Regulacja temperatury co 10 C. |  |  |
|  | Komora zamykana na klucz. |  |  |
|  | Zewnętrzny wyświetlacz LED temperatury panującej w komorze. |  |  |
|  | Wbudowany rejestrator temperatur z systemem powiadamiania SMS (wewnętrznym lub zewnętrznym). |  |  |
|  | Pamięć wyników pomiarów: minimum 1500 |  |  |
|  | Funkcja rozmrażania. |  |  |
|  | Wewnętrzne światło, półki. |  |  |
|  | Pojemność robocza: min. 66 l |  |  |
|  | **Dotyczy części B** |  |  |
|  | Chłodziarka fabrycznie nowa, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Klasa energetyczna min. A+ |  |  |
|  | Pojemność chłodziarki min. 95 l |  |  |
|  | Poziom hałasu maks. 41 dB |  |  |
|  | Wysokość: 81,5 – 85 cm |  |  |
|  | Szerokość: 54 – 60 cm |  |  |
|  | Głębokość: 54 - 60 cm |  |  |
|  | **Dotyczy części A i B** |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru.**W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 5 **Lampa bezcieniowa – 2 szt.**

Producent: ……………………...................................................................................…………………

Oferowany model / typ ………………………………........................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | **TAK/NIE** | **Parametr - podać/opisać** |
|  | Lampa fabrycznie nowa, rok produkcji 2017. |  |  |
|  | Lampa zabiegowa – bezcieniowa wyposażona w zestaw jezdny |  |  |
|  | Możliwość obrotu kopuły względem osi pionowej i poziomej. |  |  |
|  | Oświetlenie typu LED. |  |  |
|  | Niska emisja ciepła. |  |  |
|  | Uzyskanie wysokiej intensywności świecenia oraz bezcieniowe pole operacyjne. |  |  |
|  | Natężenie oświetlenia w odległości 0,5 m na poziomie maks. do 60.000 lux |  |  |
|  | Wgłębność oświetlenia L1+L2 ≥ 95cm |  |  |
|  | Współczynnik odwzorowania barw Ra 95 – 97. |  |  |
|  | Żywotność źródła światła min. 30.000 godz. |  |  |
|  | Bezdotykowe włączanie / wyłączanie (na podczerwień) lub za pomocą przycisków na panelu sterowania umieszczonym na czaszy lampy. |  |  |
|  | Elastyczne ramię typu „Gęsia szyja”, ułatwiające skierowanie strumienia światła w dowolne wybrane miejsce zabiegowe lub ramię równoważne prostowodowe zapewniające łatwość regulacji lampy oraz duży zakres ruchowy z możliwością obrotu czaszy o 360˚oraz umożliwiające skierowanie strumienia światła w dowolne miejsce zabiegowe. |  |  |
|  | Temperatura barwowa w przedziale nie szerszym niż: 3.000 – 5.500 K |  |  |
|  | Klasa zabezpieczenia przed porażeniem elektrycznym: I. |  |  |
|  | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres ………… miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru.**W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym.** |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. |  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. |  |  |

Pakiet nr 6

**A) Krzesła – model konferencyjny – 12 szt.
B) Ławy do poczekalni 2 osobowe – 2 szt.
C) Ławy do poczekalni 3 osobowe – 2 szt.
D) Fotele – 11 szt.**

| **L.p.** | **Nazwa****przedmiotu** | **Producent** | **Model** | **Opis oferowanego mebla** | **Dane techniczne** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* | *F* |
| 1 | Krzesła - model konferencyjnyhttps://www.profim.pl/web/cached-img/2922010543/76a64ec3__524_18f26f1c077fce83391f45b6c843dd2b.jpg | ……………. | ................. | .................... | Siedzisko i oparcie plastikowe na nogach, bez podłokietników. Stelaż rura metalowa o przekroju fi 22 mm. w kolorze siedziska. Stopki twarde. Kolor do uzgodnienia. |
| 2 | Ławy do poczekalni2 x 2 osob.C:\Users\msmolarek\Desktop\48e154e1__524_6c7687d905214345840e8484e919d984.jpg | ……………. | ................. | .................... | Siedziska i oparcia plastikowe, kolor do uzgodnienia. Stelaż ,rura metalowa o przekroju fi 25x2,5 mm, kolor do uzgodnienia. Stopki z wkładką teflonową |
| 3 | Ławy do poczekalni2 x 3 osob. | ……………. | ................. | .................... | Siedziska i oparcia plastikowe, kolor do uzgodnienia. Stelaż ,rura metalowa o przekroju fi 25x2,5 mm, kolor do uzgodnienia. Stopki z wkładką teflonową |
| 4 | Fotele | ……………. | ................. | .................... | Siedzisko oraz oparcie tapicerowane, plastikowe podłokietniki, płynnaregulacja wysokości siedziska za pomocą podnośnika pneumatycznego, regulacjawysokości oparcia, regulacja odległości siedziska od oparcia, regulacja kątanachylenia oparcia względem siedziska. Pięcioramienna podstawa jezdna. Kolordo uzgodnienia. |

Pakiet nr 7 **Sejf – 1 szt.**

| **L.p.** | **Nazwa****przedmiotu** | **Producent** | **Model** | **Opis oferowanego mebla** | **Dane techniczne** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *A* | *B* | *C* | *D* | *E* | *F* |
| 1 | Sejf | ……………. | ................. | .................... | wymiar zew. [w mm] wys. 600 x 520 x 520wymiar wew. [w mm] 594 x 514 x 464pojemność [l] 138 Ltr ciężar [kg] 56 kgilość półek 2klasa S1 potwierdzona certyfikatemkorpus jednościankowy – grubość 3 mmdrzwi z trójstronnym ryglowaniemdrzwi standardowo zamykane zamkiem kluczowy VdS-klasa I/IMP-klasa A (standardowo z dwoma kluczami)otwory do montażu – 1 w dnie i 2 w ścianie tylnej – przelotowe. |

**UWAGA:**

**Wszystkie ww. parametry i wymogi są parametrami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**Oświadczam/y, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.**

..............................................................................

(podpis osoby uprawnionej do składania

oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)