# Opis przedmiotu zamówienia- wymagania

**CZĘŚĆ I SZAFY MEDYCZNE**

| Opis przedmiotu zamówienia | | Parametr wymagany | Parametr oferowany  (opisać lub wpisać tak) | UWAGI |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Szafa medyczna jednodrzwiowa** **z blachy – 2 szt.** 2. nazwa handlowa, typ, nr katalogowy, rok produkcji,producent, oznaczenie CE, deklaracja zgodności | | opisać |  |  |
| 1. wymiary W: 1800 mm, Sz: 60 mm, G: 420 mm | | TAK |  |  |
| 1. 4 półki metalowe z regulowaną wysokością + 1 parterowa (razem 5) metalowe, udźwig max. 40 kg/jedna półka | | TAK |  |  |
| 1. drzwi przeszklone (szkło hartowane), zamykane zamkiem baskwilowym, ryglującym  w trzech punktach i wykończonych uchwytem klamkowym | | TAK |  |  |
| 1. na 4 kołach, w tym dwa - skrętne z hamulcem | | TAK |  |  |
| 1. kolor jasny popiel/ RAL 7035 (lub kolor zbliżony) | | TAK |  |  |
| 1. gwarancja min. 24 miesiące | | TAK podać |  |  |
| 1. bezpłatne naprawy w okresie gwarancji | | TAK |  |  |
| Cena netto x 2 szt.: | Stawka i wartość VAT: | Cena brutto\*: | | |
| **2. Szafa medyczna dwudrzwiowa** **z blachy – 1 szt.**   1. nazwa handlowa, typ, nr katalogowy, rok produkcji, producent, oznaczenie CE, deklaracja zgodności | | opisać |  |  |
| 1. wymiary W: 1800 mm, Sz: 900 mm, G: 420 mm, | | TAK |  |  |
| 1. 4 półki metalowe z regulowaną wysokością + 1 parterowa (razem 5)metalowe, udźwig max. 40 kg/jedna półka | | TAK |  |  |
| 1. drzwi przeszklone (szkło hartowane), zamykane zamkiem baskwilowym, ryglującym  w trzech punktach i wykończonych uchwytem klamkowym | | TAK |  |  |
| 1. na 4 kołach, w tym dwa - skrętne z hamulcem | | TAK |  |  |
| 1. kolor jasny popiel/ RAL 7035 (lub kolor zbliżony) | | TAK |  |  |
| 1. gwarancja min. 24 miesiące | | TAK podać |  |  |
| 1. bezpłatne naprawy w okresie gwarancji | | TAK |  |  |
| Cena netto: | Stawka i wartość VAT: | Cena brutto\*: | |  |
| Razem cena netto: | Razem wartość VAT: | Razem cena brutto\*: | | |

**CZĘŚĆ II. SZAFA MEDYCZNA DWUSTRONNA PRZELOTOWA**

| Opis przedmiotu zamówienia | | Parametr wymagany | Parametr oferowany  (opisać lub wpisać tak) | UWAGI |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Szafa medyczna dwudrzwiowa, dwustronna , szafa do zabudowy „ przelotowa” – 1 szt.**   1. nazwa handlowa, typ, nr katalogowy, rok produkcji, producent, oznaczenie CE, deklaracja zgodności | | opisać |  |  |
| 1. wymiary W: 1800 mm, Sz: 900 mm, G: 420 mm | | TAK |  |  |
| 1. 4 półki metalowe z regulowaną wysokością + 1 parterowa (razem 5) metalowe, udźwig max. 40 kg/jedna półka | | TAK |  |  |
| 1. drzwi przeszklone (szkło hartowane), zamykane zamkiem baskwilowym, ryglującym  w trzech punktach i wykończonych uchwytem klamkowym | | TAK |  |  |
| 1. nóżki z blachy ze stopkami regulowanymi | | TAK |  |  |
| 1. boki szafy pełne, metalowe | | TAK |  |  |
| 1. kolor jasny popiel/ RAL 7035 (lub kolor zbliżony) | | TAK |  |  |
| 1. gwarancja min. 24 msc. | | TAK podać |  |  |
| 1. bezpłatne naprawy w okresie gwarancji | | TAK |  |  |
| **lub** | |  |  |  |
| szafa medyczna, dwudrzwiowa, dwustronna, **drzwi przesuwne**, przelotowa, **wykonana w całości ze stali nierdzewnej,** pozostałe wymagania, odpowiednio. | | TAK | Wpisać TAK i opisać parametry oferowane  w wierszach powyżej |  |
| Cena netto: | Wartość VAT: | Cena brutto\*: | | |

**CZĘŚĆ III. WÓZEK / ŁÓŻKO DO TRANSPORTU PACJENTA**

| Opis przedmiotu zamówienia | | Parametr wymagany | Parametr oferowany  (opisać lub wpisać tak) | UWAGI |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **wózek / łóżko do transportu pacjenta – 2 szt.**  nazwa handlowa, typ, nr katalogowy, rok produkcji, producent, oznaczenie CE, deklaracja zgodności | | opisać |  |  |
| 1. oparty na dwóch wytrzymałych kolumnach | | TAK |  |  |
| 1. segmenty wózka wypełnione płytą wykonaną z tworzywa ABS | | TAK |  |  |
| 1. specjalnie wyprofilowane uchwyty w leżu od strony nóg i głowy pacjenta służące do przetaczania wózka | | TAK |  |  |
| 1. centralna blokada kół | | TAK |  |  |
| 1. opuszczane barierki boczne wykonane z tworzywa ABS | | TAK |  |  |
| 1. hydrauliczna regulacja wysokości leża | | TAK |  |  |
| 1. regulacja kąta segmentu oparcia pleców realizowana jest mechanicznie za pomocą sprężyn gazowych z blokadą | | TAK |  |  |
| 1. materac o powierzchni całkowicie gładkiej, łatwej do dezynfekcji, nie przepuszczającej wody | | TAK |  |  |
| 1. wieszak na kroplówki i kosz na butle z tlenem zamontowany pod oparciem głowy | | TAK |  |  |
| 1. długość leża: 1930 mm | | TAK |  |  |
| 1. długość całkowita: 1960 mm | | TAK |  |  |
| 1. szerokość leża: 610 mm | | TAK |  |  |
| 1. szerokość całkowita: 660 mm | | TAK |  |  |
| 1. hydrauliczna regulacja wysokości w zakresie: 600-900 mm | | TAK |  |  |
| 1. regulacja oparcia pleców za pomocą sprężyn gazowych: od 0° do 90° | | TAK |  |  |
| 1. pozycja Trendelenburga w zakresie: 12° | | TAK |  |  |
| 1. pozycja anty-Trendelenburga w zakresie: 12° | | TAK |  |  |
| 1. bezpieczne robocze obciążenie wózka: 250 kg | | TAK |  |  |
| 1. gwarancja min. 24 miesiące | | wpisać |  |  |
| 1. bezpłatne naprawy w okresie gwarancji | | TAK |  |  |
| 1. instrukcja obsługi w języku polskim | | TAK |  |  |
| Cena netto x 2: | Wartość VAT: | Cena brutto\*: | | |

**CZĘŚĆ IV WÓZEK ANESTEZJOLOGICZNY**

| Opis przedmiotu zamówienia | | Parametr wymagany | Parametr oferowany  (opisać lub wpisać tak) | UWAGI |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **wózek anestezjologiczny - 1 szt**. nazwa handlowa, typ, nr katalogowy, rok produkcji, producent, oznaczenie CE, deklaracja zgodności | | opisać |  |  |
| 1. wymiary wózka 690/518/1006 mm, wysokość bez kół: 872 mm | | TAK |  |  |
| 1. wyposażony w: | |  |  |  |
| * szuflady | | TAK |  |  |
| * centralny zamek | | TAK |  |  |
| * automatycznie wysuwany blat boczny | | TAK |  |  |
| * górną dodatkowo zamykaną górną szufladę na leki | | TAK |  |  |
| * regulowany wieszak na płyny infuzyjne | | TAK |  |  |
| * pojemniki do segregacji leków i akcesoriów | | TAK |  |  |
| * stelaż do mocowania pojemników | | TAK |  |  |
| * pojemnik na rękawiczki | | TAK |  |  |
| * pojemnik na ostre elementy | | TAK |  |  |
| * zamykany kosz na odpady | | TAK |  |  |
| * koła z opcją hamowania | | TAK |  |  |
| * szuflady samoczynnie domykane o wymiarach (wysokość):   • 2 szuflady 76 mm,  • 2 szuflady 155 mm,  • 1 szuflada 234 mm | | TAK |  |  |
| 1. wózek gotowy do użytku, wyposażony w: (wymienić)\*\* | | TAK wymienić |  |  |
| 1. gwarancja min. 24 miesiące | | TAK podać |  |  |
| 1. bezpłatne naprawy w okresie gwarancji | | TAK |  |  |
| Cena netto: | Wartość VAT: | Cena brutto\*: | | |

**CZĘŚĆ V CIEPLARKA DO OGRZEWANIA PŁYNÓW STOSOWANYCH NA BLOKU OPERACYJNYM**

| Opis przedmiotu zamówienia | | Parametr wymagany | Parametr oferowany  (opisać lub wpisać tak) | UWAGI |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **cieplarka do ogrzewania płynów stosowanych na Bloku Operacyjnym – 1 szt.**  nazwa handlowa, typ, nr katalogowy, rok produkcji, producent, oznaczenie CE, deklaracja zgodności | | opisać |  |  |
| 1. wymiary urządzenia: -wysokość: 300-500 mm -szerokość: 300-500 mm -głębokość: 450-550 mm | | TAK |  |  |
| 1. pojedyncza komora do 30 litrów (min. 10 butelek x 0,5 l) | | TAK |  |  |
| 1. dwa tryby pracy: manualny i automatyczny | | TAK |  |  |
| 1. mikroprocesorowy system kontroli i regulacji temperatury – rozdzielczość 0,5º C | | TAK |  |  |
| 1. pamięć zaprogramowanych ustawień temperatury i czasu | | TAK |  |  |
| 1. czytelny, widoczny, cyfrowy wyświetlacz temperatury zadanej i rzeczywistej oraz czasu | | TAK |  |  |
| 1. podwójne zabezpieczenie przed przegrzaniem (elektroniczne i mechaniczne) | | TAK |  |  |
| 1. alarm wizualny/ dźwiękowy sygnalizujący otwarcie pokrywy dłużej niż minutę | | TAK |  |  |
| 1. podgrzewanie zawartości w zakresie do 40-50 º C | | TAK |  |  |
| 1. klasa bezpieczeństwa elektrycznego : 1 | | TAK |  |  |
| 1. dodatkowo stolik mobilny pod urządzenie | | TAK |  |  |
| 1. instrukcja obsługi w języku polskim | | TAK |  |  |
| 1. przeszkolenie personelu w zakresie obsługi, eksploatacji, potwierdzone protokołem | | TAK |  |  |
| 1. gwarancja min. 24 miesiące | | TAK, podać |  |  |
| 1. bezpłatne naprawy w okresie gwarancji | | TAK |  |  |
| 1. trzy naprawy tego samego modułu/ części w okresie gwarancji, uprawnia do wymiany modułu na nowy | | TAK |  |  |
| 1. czas naprawy do 5 dni roboczych, od dnia zgłoszenia awarii. | | TAK |  |  |
| Cena netto: | Wartość VAT: | Cena brutto\*: | | |

**CZĘŚĆ VI WÓZEK DO PRZEWOZU MATERIAŁÓW STERYLNYCH**

| Opis przedmiotu zamówienia | | Parametr wymagany | Parametr oferowany  (opisać lub wpisać tak) | UWAGI |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **wózek zamknięty do przewozu materiałów sterylnych - 1 szt**. nazwa handlowa, typ, nr katalogowy, rok produkcji, producent, oznaczenie CE, deklaracja zgodności | | opisać |  |  |
| 1. wózek dwudrzwiowy wyposażony w zamek | | TAK |  |  |
| 1. uchwyty do przemieszczania wózka | | TAK |  |  |
| 1. powierzchnia wózka wewnętrzna i zewnętrzna odporna na działania środków dezynfekcyjnych | | TAK |  |  |
| 1. 3 półki | | TAK |  |  |
| 1. 4 kółka jezdne z blokadą kół | | TAK |  |  |
| 1. wykonany ze stali nierdzewnej | | TAK |  |  |
| 1. wymiary: wysokość 1150 mm, głębokość 670 mm, szerokość 960 mm | | TAK |  |  |
| 1. gwarancja min. 24 miesiące | | TAK podać |  |  |
| 1. bezpłatne naprawy w okresie gwarancji | | TAK |  |  |
| **lub** | |  |  |  |
| wózek zamknięty do przewozu materiałów sterylnych **wykonany z tworzywa sztucznego   (np. aluminium, polietylenu),1-2 półki, wymiary 830 x 650 x 940** h mm ( lub zbliżone), pozostałe wymagania, odpowiednio. | | Wpisać TAK i opisać parametry oferowane  w wierszach powyżej |  |  |
| Cena netto : | Wartość VAT: | Cena brutto\*: | | |

\* Cena winna uwzględniać wszystkie koszty realizacji zamówienia, w tym transport, rozładunek, montaż ( jeżeli wymaga).

\*\* ”wyposażenie (wymienić)”- oznacza wyposażenie ruchome, odłączane, dodatkowe , w które będzie wyposażone urządzenie główne.