

## Załącznik nr 2. Opis przedmiotu zamówienia

### Zadanie nr 1. Zestaw do nieinwazyjnego wspomagania oddechu u noworodków metodą nCPAP.

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:

Producent (pełna nazwa i adres)

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

Lp.	Opis parametru	Wymagane parametry	Opis oferowanego parametru
1.	Aparat do wspomagania oddechu metodą nCPAP u noworodków i wcześniaków	TAK	
2.	Może być stosowany u wcześniaków o wadze od 0,5 kg	TAK	
3.	Wartościowy pomiar oddechu noworodka na wyświetlaczu urządzenia mierzony bezpośrednio w generatoru przy nosku noworodka	TAK	
4.	Co najmniej jeden tryb oddechowy nCPAP	TAK	
5.	Zasilanie elektryczne 230V, 50Hz $\pm$ 10%	TAK	
6.	Wbudowany akumulator zapewniający działanie aparatu przez: min. 5 godz.	TAK	
7.	Zasilanie gazowe powietrze i tlen ze źródła o ciśnieniu 3,5 do 5 bar	TAK	
8.	Parametry oddechowe regulowane	TAK	
9.	Przepływ mieszaniny powietrza i tlenu regulowany płynnie - do 10 l/min	TAK	
10.	Stężenie tlenu 21 do 100% regulowane płynnie	TAK	
11.	Obrazowane parametry oddechowe: - Przepływ . - Stężenie tlenu w % - 21-100% - pomiar oddechu spontanicznego	TAK	
12.	Ciężenie w układzie oddechowym zakres od 0 do 12cmH <sub>2</sub> O	TAK	
13.	Wyposażony w alarmy akustyczne i optyczne	TAK	
14.	Alarm przekroczenia ciśnienia w układzie oddechowym	TAK	
15.	Alarm spadku ciśnienia w układzie oddechowym	TAK	
16.	Inne alarmy	TAK(opisać)	
17.	Wyświetlanie ciśnienia nCPAP, koncentracji tlenu oraz oddechu spontanicznego w postaci graficznej i cyfrowej na wyświetlaczu urządzenia	TAK	
18.	Aparat wyposażony w wyjście RS232	TAK	
19.	Automatyczny zapis trendów ciśnienia nCPAP	TAK	
20.	Stojak przejezdny z zestawem do montażu nawilżacza i aparatu do wspomagania	TAK	

	oddechu		
21.	Nawilżacz z układem automatycznej regulacji wilgotności – 1szt.	TAK	
22.	Układ oddechowy pacjenta z podgrzewanym ramieniem wdechowym (jednorazowy) – 5 sztuk	TAK	
23.	Generator nCPAP, jednorazowy, z ruchomym przegubem umożliwiającym podłączenie maski lub końcówki donosowej pod odpowiednim kątem względem noska pacjenta – 5 sztuk	TAK	
24.	Końcówka donosowa, jednorazowa, w 3 rozmiarach: mała, średnia, duża - po 3 szt. z każdego rozmiaru	TAK	
25.	Maseczka donosowa w 3 rozmiarach: mała, średnia, duża - po 2 szt. z każdego rozmiaru	TAK	
26.	Komora nawilżacza jednorazowa dla noworodków –5 szt.	TAK	
27.	Czapeczka do mocowania układu pacjenta w 3 rozmiarach: mała, średnia, duża –po 2 szt. z każdego rozmiaru	TAK	
<b>Pozostałe</b>			
1	Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą)	TAK	
2.	Gwarancja minimum 24 m- cy	TAK	
3	Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 48 godz., z wyłączeniem świąt	TAK	
4	Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych	TAK	
5.	Szkolenie w zakresie obsługi i dezynfekcji dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu.	TAK	
6.	Wymagane dokumenty: 1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe 3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany	TAK	

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

#### **Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

(poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): .....

Podatek VAT ..... zł słownie: .....

Cena jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wynosi ..... % minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku:

brutto ..... zł, słownie:.....

netto: ..... zł, słownie:.....

podatek VAT ..... zł słownie: .....

Koszt serwisowania z niezbędną wymianą podzespołów w okresie dwuletnim:

brutto.....zł, słownie:.....

netto: ..... zł, słownie:.....

podatek VAT ..... zł, słownie: .....

.....  
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

## Zadanie nr 2. Wirówka laboratoryjna.

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:

Producent ( pełna nazwa i adres)

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

Lp.	Opis parametru	Wymagane parametry	Opis oferowanego parametru
1.	Bezobsługowy silnik indukcyjny	TAK	
2.	Mikroprocesorowy układ programowania parametrów: prędkości obrotowej i czasu, zapewniający powtarzalność wyników badań	TAK	
3.	Wyświetlacz LCD aktualnych parametrów: prędkości, przyspieszenia i czasu	TAK	
4.	Optymalizacja czasu rozpędzania i hamowania	TAK	
5.	Szeroka gama wymiennych wirników i wyposażenia dodatkowego	TAK	
6.	Wirowanie w trybie „short”	TAK	
7.	Zabezpieczenie przed niewyważeniem, otwarciem pokrywy podczas wirowania oraz przed uruchomieniem wirówki przy otwartej pokrywie	TAK	
8.	Zasilanie: 230 V, 50	TAK	

9.	Moc pobierana: 120 W	TAK	
10.	Maksymalna pojemność: 500 ml	TAK	
11.	Wirnik horyzontalny na 16 próbówek	TAK	
12.	Zakres obrotów: 300 ÷ 4000 min -1	TAK	
13.	Czas wirowania: 0-99 min	TAK	
14.	Certyfikaty: CE, zgodność z międzynarodowymi warunkami bezpieczeństwa EN- 61010-1 i EN-61010-2-020	TAK	
15.	Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą)	TAK	
16.	Gwarancja minimum 24 m- cy.	TAK	
17.	Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 48 godz., z wyłączeniem świąt.	TAK	
18.	Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych.	TAK	
19.	Szkolenie w zakresie obsługi i dezynfekcji dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu.	TAK	
20.	Wymagane dokumenty: 1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe 3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany.	TAK	

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

- Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
- Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): .....

Podatek VAT ..... zł słownie: .....

.....  
Pieczeń i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

### Zadanie nr 3. Histeroskop diagnostyczno – operacyjny.

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:

Producent (pełna nazwa i adres)

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

Lp.	Opis parametru	Wymagane parametry	Opis oferowanego parametru
1.	Płaszcz diagnostyczny średnica 6,5 mm, długość robocza 270 mm, wyposażony w dwa zawory dopływowy i odpływowy obturator.	TAK	
2.	Płaszcz operacyjny średnica 6,5 mm wraz z kanałem roboczym 5 charr.	TAK	
3.	W zestawie optyka o średnicy 4,0 mm, długość robocza 302 mm, kąt 30°, autoklawowalna.	TAK	
4.	Kleszczyki biopsyjne średnica 5 charr, długość robocza 400 mm, obie bransze ruchome, symetryczne.	TAK	
5.	Sterylizacja parą wodną.	TAK	
6.	Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą)	TAK	
7.	Gwarancja minimum 24 m-cy.	TAK	
8.	Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 48 godz., z wyłączeniem świąt	TAK	
9.	Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych	TAK	
10.	Szkolenie w zakresie obsługi i dezynfekcji dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu.	TAK	
11.	Wymagane dokumenty: 1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe 3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany	TAK	

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

#### Treść oświadczenia wykonawcy:

- Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
- Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....  
Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): .....  
Podatek VAT .....zł słownie: .....

.....  
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

#### **Zadanie nr 4. Transporter do bezpiecznego przewozu pacjentów.**

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:  
Producent ( pełna nazwa i adres)  
Kraj pochodzenia:  
Rok produkcji:

<b>Lp.</b>	<b>Opis parametru</b>	<b>Wymagane parametry</b>	<b>Opis oferowanego parametru</b>
1.	Transporter do bezpiecznego przewozu pacjentów o wadze do 8 kg.	TAK	
2.	Wykonany bez zastosowania metalu, przepuszczalny dla promieni rentgena oraz kompatybilny z rezonansem magnetycznym.	TAK	
3.	Zewnętrzna powłoka transportera wykonana z lekkiego włókna karbonowego wyściełanego pianką absorbującą oraz posiada pokrywę umożliwiającą monitorowanie dziecka.	TAK	
4.	Wyposażony w materac próżniowy, pasy mocujące, które zabezpieczają urządzenie oraz pasy zabezpieczające dziecko wewnątrz transportera podczas transportu.	TAK	
5.	Jednorazowy materac transportowy.	TAK	
6.	Wymiary: 1000 mm – długość, 430 mm – szerokość, 300 mm – wysokość. Waga urządzenia – 9,5 kg.	TAK	
7.	Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą)	TAK	
8.	Gwarancja minimum 24 m- cy.	TAK	
9.	Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 48 godz., z wyłączeniem świąt	TAK	

10.	Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych	TAK	
11.	Szkolenie w zakresie obsługi i dezynfekcji dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu.	TAK	
12.	Wymagane dokumenty: 1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe 3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany	TAK	

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

- Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
- Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): .....

Podatek VAT .....zł słownie: .....

.....  
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 5. Fantom**

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:

Producent ( pełna nazwa i adres)

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Model (tors) do ćwiczeń oddychania i masażu serca	TAK	

2.	Program szkoleniowy z resuscytacji	TAK	
3.	Wbudowane przyrządy pomiarowe	TAK	
4.	System higieny chroniący ćwiczących bez potrzeby dezynfekcji wnętrza manekina	TAK	
5.	Realizm wentylacji – wyczuwalny wydech, unoszący się brzuch przy wdmuchnięciu do żołądka	TAK	
6.	Regulowana sztywność klatki piersiowej	TAK	
7.	Ręczna symulacja tętna na tętnicy szyjnej	TAK	
8.	Tętno samoczynnie aktywowane podczas prawidłowego uciskania klatki piersiowej	TAK	
9.	Zespół mechanicznych wskaźników kontrolujących objętość oddechu, wdmuchnięcie powietrza do żołądka, głębokość ugięcia klatki piersiowej oraz niewłaściwe ułożenie rąk	TAK	
10.	Złącze i program do analizy resuscytacji na komputerze	TAK	
11.	Możliwość mocowania kończyn	TAK	
12.	Zestaw 5 masek i 100 torebek dróg oddechowych	TAK	
13.	Torba do przenoszenia po rozłożeniu tworząca matę	TAK	
14.	Serwis: autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w Polsce	TAK	
15.	Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą)	TAK	
16.	Gwarancja minimum 24 m- cy	TAK	
17.	Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 48 godz., z wyłączeniem świąt	TAK	
18.	Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych	TAK	
19.	Szkolenie w zakresie obsługi dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu.	TAK	
20.	Wymagane dokumenty: 1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe 3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany	TAK	
		TAK	

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i



ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): .....

Podatek VAT .....zł słownie: .....

.....  
Pieczeńć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie nr 6. Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa.**

Nazwa (nazwa handlowa) i typ:

Producent ( pełna nazwa i adres)

Kraj pochodzenia:

Rok produkcji:

<b>Lp.</b>	<b>WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI</b>	<b>PARAMETR WYMAGANY</b>	<b>PARAMETRY OFEROWANE</b>
Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa			
1.	Dostosowanie do strzykawki o obj. (10ml; 20ml;50ml)	TAK	
2.	Praca pompy musi odbywać się także poza siecią zasilającą	TAK	
3.	Prosta obudowa ułatwiająca dezynfekcję	TAK	
4.	Pompa ma być dwustrzykawkowa (2-torowa)	TAK	
5.	Posiada uchwyt mocujący pompę do stojaka	TAK	
6.	Posiada możliwość zaprogramowania/ nastawienia: -szybkości (zakres 0,1 ml/godz -200 ml/godz) -objętości infuzji (objętość do wydozowania), -alarm końca infuzji	TAK	
7.	Zasilanie 230V 50Hz	TAK	
8.	Automatyczne rozpoznawanie objętości strzykawki	TAK	
9.	Bolus manualny i automatyczny	TAK	

10.	Programowana szybkość podaży Bolusa	TAK	
11.	Czas pracy z akumulatora min 10h przy inf 5 ml/h	TAK	
12.	Uchwyt do przenoszenia pompy (rączka) nie wymagający demontażu przy przenoszeniu pomp	TAK	
13.	System alarmów: -nieprawidłowe mocowanie strzykawki, -pusta strzykawka, koniec infuzji, -akumulator rozładowany, -okluzja, -pompa uszkodzona	TAK	
14.	Okres gwarancji min. 24 miesiące	TAK	
15.	Załączyć instrukcję obsługi w języku polskim wraz z dostawą aparatu	TAK	
16.	Załączyć deklarację zgodności, Certyfikat CE, Zgłoszenie / Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK	
17.	Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą)	TAK	
18.	Gwarancja minimum 24 m- cy	TAK	
19.	Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 48 godz., z wyłączeniem świąt	TAK	
20.	Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych	TAK	
21.	Szkolenie w zakresie obsługi dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu.	TAK	
22.	Wymagane dokumenty: 1) Deklaracja zgodności CE 2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe 3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany	TAK	

Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne zawierające pełne dane techniczne, w których winny być zaznaczone informacje potwierdzające spełnienie wymagań parametrów granicznych i ocenianych. W przypadku braku potwierdzenia parametrów granicznych i ocenianych zamawiający ma prawo do odrzucenia oferty.

#### **Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie): .....

Podatek VAT .....zł słownie: .....

Cena jednej roboczogodziny bez dojazdu serwisu pogwarancyjnego wynosi ..... % minimalnego wynagrodzenia brutto w danym roku:

brutto ..... zł, słownie:.....

netto: ..... zł, słownie:.....

podatek VAT ..... zł słownie: .....

Koszt serwisowania z niezbędną wymianą podzespołów w okresie dwuletnim:

brutto.....zł, słownie:.....

netto: ..... zł, słownie:.....

podatek VAT ..... zł, słownie: .....

.....  
Pieczeńć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy