**Załącznik nr 2**

**Zadanie nr 1. Myjnia-dezynfektor wraz z koszem wsadowym na buty.**

Producent: ……………………………………………

Model, typ: …………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………

Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 lub 2022 (podać): …………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | mycie do 95°C - antybakteryjna dezynfekcja termiczna, - programy: 9 domyślnych + 6 - mikroprocesorowe programowalne sterowanie elektroniczne - port szeregowy RS232 do połączenia z drukarką lub komputerem PC - aktywne suszenie termodynamiczne - wysokowydajny z wtryskiem pary Ecoslim, zimnej wody - pompa perystaltyczna do płynnego detergentu i poziomu poziomu - pompa perystaltyczna do neutralizatora cieczy kwasowej i poziomu poziomu - możliwość zamontowania jednej pompy perystaltycznej - komora myjąca i drzwi wewnętrzne ze stali nierdzewnej AISI 316L - panele zewnętrzne ze stali nierdzewnej AISI 304 - wymiary zewnętrzne DxGxW: 600 x 600 x 850 mm - wewnętrzne wymiary DxGxW: 525 x 490 x 570 mm - przyłącza wody zimnej i wody zdemineralizowanej - elektroniczny system zamka drzwi dla bezpieczeństwa użytkownika - przyłącze elektryczne: 3/N/PE 400 V - 50 Hz - maks. 7 kW  |  |
| 2. | Kosz wsadowy z dwoma poziomami prania do czyszczenia butów OP ze stali nierdzewnej. Wsad jednorazowy 12 par butów.Równomierne opryskiwanie obuwia opryskiwaczem na dnie komory mycia oraz drugie ramię spryskiwacza umieszczone między dwoma poziomami mycia. Bezpośrednie podłączenie do agregatu hydraulicznego odbywa się poprzez szybkozłączny system samoregulacji. |  |
| 3. | Gwarancja min. 24 miesiące.Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny (podać dane kontaktowe i adres).Dostępność części zamiennych przez okres 10 lat po upływie gwarancji. |  |

|  |
| --- |
| Wymagane dokumenty:1) Deklaracja zgodności CE2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie) ……………………………………………………………………………………………………………….Wartość netto zamówienia: (cyfrowo i słownie) ……………………………………………………………………………………………………………….Podatek VAT (cyfrowo i słownie)……………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………… data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy |

**Zadanie nr 2. Aparat EKG**

Producent: ……………………………………………

Model, typ: …………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………

Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 lub 2022 (podać): …………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Aparat fabrycznie nowy. |  |
| 2. | Aparat 3, 6, 12 kanałowy. |  |
| 3. | Klawiatura alfanumeryczna wyświetlana na ekranie. |  |
| 4. | Ciągły pomiar HR |  |
| 5. | Wyświetlacz: min. 10” 1024 x 600 px, pojemnościowy panel dotykowy. |  |
| 6. | Detekcja stymulatora serca. |  |
| 7. | Zasilanie sieciowe, akumulator bezobsługowy wraz z ładowarką wbudowany wewnątrz aparatu. |  |
| 8. | Możliwość zastosowania zarówno papieru termicznego o szerokości rolki 210 i 112 mm |  |
| 9. | Pamięć min. 50 000 badań. |  |
| 10. | Prędkość zapisu EKG (mm/s) 5; 10; 12.5; 25; 50; 100. |  |
| 11. | Czułość (mm/mV) 2,5; 5; 10; 20. |  |
| 12. | Filtr sieciowy (Hz) 50; 60. |  |
| 13. | Filtr mięśniowy (Hz) 25; 35. |  |
| 14. | Filtr izolinii (Hz) 0.05-1,5. |  |
| 15. | Filtr autoadaptacyjny. |  |
| 16. | Sygnał dźwiękowy tętna. |  |
| 17. | Interfejs komunikacyjny: 3xUSB, Wi-Fi, Bluetooth, HDMI, karta SD. |  |
| 18. | Długość zapisu badania EKG: min 40 minut. |  |
| 19. | Profil badań EKG: automatyczny i manualny. |  |
| 20. | Częstotliwość próbkowania: min. 8 000 Hz. |  |
| 21. | Możliwość wydruku badania bezpośrednio z aparatu na drukarce zewnętrznej poprzez Wi-Fi. |  |
| 22. | Drukowane odprowadzenia w konfiguracji min.: 1x12, 2x6+1, 4x3+1. |  |
| 23. | Rozdzielczość przetwornika analogowo-cyfrowego: min. 24 Bit. |  |
| 24. | Export danych bezpośrednio z aparatu: min. HL7, FTP, Cloud, xml, SCP. |  |
| 25. | Synchronizacja: min. FTP, SAMBA, Windows. |  |
| 26. | Możliwość zabezpieczenia dostępu dla osób postronnych do bazy danych za pomocą hasła. |  |
| 27. | Wbudowany w menu aparatu moduł zamawiania materiałów eksploatacyjnych. |  |
| 28. | Wbudowany moduł do zdalnej diagnostyki aparatu i wsparcia technicznego. |  |
| 29. | Szyfrowanie komunikacji oraz danych pacjentów i badań przechowywanych na aparacie. |  |
| 30. | Automatyczna analiza i interpretacja słowna badania EKG. |  |
| 31. | Możliwość rozbudowy o moduł SpO2. |  |
| 32. | Możliwość synchronizacji wielu aparatów (np. na stronie czystej i brudnej szpitala). |  |
| 33. | Wózek na aparat EKG z wysięgnikiem na kabel pacjenta. |  |
| 34. | Waga max. 3,9 kg. |  |
| 35. | Wymiary min. 343x295x170 mm. |  |
| 36. | Wyposażenie:- 1 kpl. elektrod dla dorosłych piersiowych przyssawkowych (6 szt.),- 1 kpl. elektrod kończynowych klipsowych 4 szt.,- 1 kpl. kabli. |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące.Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny (podać dane kontaktowe i adres).Dostępność części zamiennych przez okres 10 lat po upływie gwarancji. |  |

|  |
| --- |
|  |

Wymagane dokumenty:

1) Deklaracja zgodności CE

2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe

3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany

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

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

Podatek VAT (cyfrowo i słownie)……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr 3. Zestaw do magnetoterapii.**

Producent: ……………………………………………

Model, typ: …………………………………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………

Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 lub 2022 (podać): …………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Zestaw pola magnetycznego: sterownik, leżanka, aplikator 75cm wysokoprądowy, 2 x aplikator 35cm wysokoprądowy, półka pod sterownik mocowana do leżanki, 2 x stolik pod mały aplikator |   |
| 2. | Sterownik do magnetoterapii z dwoma niezależnymi kanałami zabiegowymi |   |
| 3. | Kształt pola: prostokątny zmodyfikowany, trójkątny, sinusoidalny, impulsowy, półprostokątny zmodyfikowany, półtrójkątny, półsinusoidalny, półimpulsowy |   |
| 5. | Współpraca z aplikatorem szpulowym min. 75cm |   |
| 6. | Współpraca z aplikatorem szpulowym min.35cm |   |
| 7. | Ilość gniazd do podłączenia aplikatorów - 4 |   |
| 8. | Min. 7” kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym |   |
| 9. | Automatyczne rozpoznawanie typu aplikatora |   |
| 10. | Tryb pracy: programowy i manualny |   |
| 11. | Min. 50 wbudowanych programów zabiegowych dla aplikatora CS60 |   |
| 12. | Min. 28 wbudowanych programów zabiegowych dla aplikatora CS35 |   |
| 12. | Min. 45 wbudowanych programów zabiegowych dla aplikatora CPEP |   |
| 13. | Min. 44 wbudowanych programów zabiegowych dla Trybu dualnego |   |
| 13. | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie |   |
| 14. | Autotest - bieżąca kontrola sprawności aparatu |   |
| 15. | Maksymalna indukcja: 12,0mT |   |
| 16. | Zakres częstotliwości: 0-50 Hz |   |
| 17. | Tryb impulsowy (impuls/przerwa) 1 s/0,5-8 s |   |
| 18. | Zegar zabiegowy 1-60min |   |
| 19. | Zasilanie 230V/450W |   |
| 20. | Leżanka wyprodukowana z materiałów niezakłócających linii sił pola magnetycznego generowanego przez aplikatory. |   |
| 21. | Wymienny zagłówek stołu do magnetoterapii zwiększa komfort pacjenta podczas zabiegu |   |
| 22. | Półka na sterownik mocowana do leżanki |   |
| 23. | Gwarancja: min. 24 miesiące.Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny (podać dane kontaktowe i adres).Dostępność części zamiennych przez okres 10 lat po upływie gwarancji. |   |

Wymagane dokumenty:

1) Deklaracja zgodności CE

2) Ulotki informacyjne + karty katalogowe

3) Wpis do Rejestru wyrobów Medycznych - jeżeli jest wymagany

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

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

Podatek VAT (cyfrowo i słownie)……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr** **4. Nimbex**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Jedn. opak.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek** **%** | **Wartość brutto** | **Producent/ Numer katalog.**  |  |
| 1. | Nimbex 5 mg x 5 amp. | opak. | 60 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Nimbex 10 mg x 5 amp. | opak. | 100 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wartość ogółem:** |  |  |  |  |

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

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

|  |
| --- |
| Podatek VAT (cyfrowo i słownie)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr** **5. Mivacron**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Jedn. opak.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek** **%** | **Wartość brutto** | **Producent/ Numer katalog.**  |  |
| 1. | Mivacron 0,02g/10 ml x 5 amp. | opak. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wartość ogółem:** |  |  |  |  |

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

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

|  |
| --- |
| Podatek VAT (cyfrowo i słownie)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr** **6. Tracrium**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Jedn. opak.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek** **%** | **Wartość brutto** | **Producent/ Numer katalog.**  |  |
| 1. | Tracrium 50 mg x 5 amp. | opak. | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Tracrium 25 mg x 5 amp. | opak. | 25 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wartość ogółem:** |  |  |  |  |

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

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

|  |
| --- |
| Podatek VAT (cyfrowo i słownie)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr** **7. Rocuronium.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Jedn. opak.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek** **%** | **Wartość brutto** | **Producent/ Numer katalog.**  |  |
| 1. | Rocuronium 0,05 g/5 ml x 10 fiolek | opak. | 20 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wartość ogółem:** |  |  |  |  |

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

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

|  |
| --- |
| Podatek VAT (cyfrowo i słownie)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr** **8. Opatrunki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku** | **Jedn. opak.** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **Podatek** **%** | **Wartość brutto** | **Producent/ Numer katalog.**  |  |
| 1. | Miękki przylegający opatrunek z pianką wykonany w technologii lipidokoloidowej, składający się z miękkiej przylegającej warstwy lipidokoloidowej połączony z miękką wkładką z pianki poliuretanowej oraz ochronnego włókninowego podłoża poliuretanowego | opak. | 1 op |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Samoprzylepny, miękki opatrunek piankowy wykonany w technologii lipidokoloidowej, składający się z miękkiej przylegającej warstwy lipidokoloidowej połączony z miękką wkładką z pianki poliuretanowej, przepuszczalnej dla gazów, wodoodpornej cienkiej warstwy z silikonowym przylepcem na brzegach  | opak. | 2 op |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Opatrunek impregnowany solami srebra wykonany w technologii lipidokoloidowej | opak. | 5 op |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Opatrunek wykonany w technologii lipidokoloidowej zbudowany z włókninowej wkładki wykonanej z włókien charakteryzujących się wysoką chłonnością, kohezyjnością i właściwościami hydro-oczyszczającymi (poliakrylan), matryca lipidokoloidowa impregnowana srebrem | opak. | 5 op |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Opatrunek zbudowany z włókninowej wkładki wykonanej z włókien charakteryzujących się wysoką chłonnością, kohezyjnością i właściwościami hydro-oczyszczającymi (poliakrylan) | opak. | 3 op |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Elastyczny opatrunek stanowiący wartswę kontaktową, wykonany w technologii lipidokoloidowej zawierającej cząsteczki nanooligosacharydów | opak. | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Opatrunek wykonany w technologii lipidokoloidowej zawierającej cząsteczki nanooligosacharydów zbudowany z włókninowej wkładki wykonanej z włókien charakteryzujących się wysoką chłonnością, kohezyjnością i właściwościami hydro-oczyszczającymi (poliakrylan) | opak. | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Olejek do pielęgnacji skóry w sprayu, bogaty w glicerydy kwasów tłuszczowych (olej kukurydziany 99%), zawierający aromat anyżkowy (1%). Zapobiega odleżynom pacjentom w okolicy miednicy narażonym na powstanie odleżyn lub ranom spowodowanym długotrwałym masek lub okularów ochronnych u pracowników służby zdrowia | opak. | 5 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Wartość ogółem:** |  |  |  |  |

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

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

|  |
| --- |
| Podatek VAT (cyfrowo i słownie)………………………………………………………………………………………………………………………………. |

……………………………………………………………

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy