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 konferencyjny  https://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 poczekalni  2 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 poczekalni  2 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, płynna regulacja wysokości siedziska za pomocą podnośnika pneumatycznego, regulacja wysokości oparcia, regulacja odległości siedziska od oparcia, regulacja kąta nachylenia oparcia względem siedziska. Pięcioramienna podstawa jezdna. Kolor do 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 520 wymiar wew. [w mm] 594 x 514 x 464 pojemność [l] 138 Ltr  ciężar [kg] 56 kg ilość półek 2 klasa S1 potwierdzona certyfikatem korpus jednościankowy – grubość 3 mm drzwi z trójstronnym ryglowaniem drzwi 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)