**Załącznik nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**Zadanie nr 1.1 Pozycja Nr 1**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**Waga lekarska ze wzrostomierzem – 4 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać )** |
| 1 | Obciążenie wagi – 200 kg (±5kg) | TAK |  |  |
| 2 | Waga kolumnowa, wyposażona w bezpieczny, lekki, aluminiowo - plastikowy wzrostomierz o zakresie pomiaru 60-200 cm i podziałką 1mm | TAK |  |  |
| 3 | Waga o dokładności odczytu w zakresie 100g<150kg>200g | TAK |  |  |
| 4 | Funkcja ważenia osoby dorosłej z dzieckiem | TAK |  |  |
| 5 | Możliwość pracy - w temperaturze od 10 °C do +40 °C. | TAK |  |  |
| 6 | Zasilanie 230V oraz akumulatorowe, zasilacz sieciowy w komplecie | TAK |  |  |
| 7 | Wyświetlacz – LCD umiejscowiony na kolumnie na wysokości pasa | TAK |  |  |
| 8 | Kółka transportowe | TAK |  |  |
| 9 | Waga wyposażona w stopki zapewniające stabilizację | TAK |  |  |
| 10 | Pomost wagi wyłożony matą antypoślizgową . Zintegrowana z podstawą bezpieczna platforma antypoślizgowa | TAK |  |  |
| 11 | Zatwierdzenie do użytku medycznego | TAK |  |  |
| 12 | Legalizacja | TAK |  |  |

**Pozycja Nr 2**

***Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych***

**(Formularz cenowy)**

**Waga noworodkowa – 3 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać )** |
| 1 | Elektroniczna waga dla niemowląt przeznaczona do stosowania w szpitalach | TAK |  |  |
| 2 | Waga wyposażona w ściąganą szalkę do ważenia dzieci w pozycji stojącej lub/i leżącej | TAK |  |  |
| 3 | Wyświetlacz wbudowany w obudowę wagi. | TAK |  |  |
| 4 | Łatwe określenie ilości wypitego mleka przy karmieniu dzięki funkcji BMIF | TAK |  |  |
| 5 | Waga łatwa do utrzymania w czystości powierzchnie z materiału ABS | TAK |  |  |
| 6 | Obciążenie maksymalne wagi 20 kg +/- 2 kg | TAK |  |  |
| 7 | Działka elementarna 10 g < 10 kg > 20 g | TAK |  |  |
| 8 | Waga musi posiadać funkcje: TARA, HOLD, BMIF, automatyczne wyłączanie i zerowanie. | TAK |  |  |
| 9 | Zasilanie bateryjne typu R6 | TAK |  |  |
| 10 | Ciężar wagi: 2,5 kg +/- 0,5 kg | TAK |  |  |

**Pozycja Nr 3**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**Aparat RR** – 20 szt.

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| 1 | Metalowa głowica aparatu wyposażona w  stalowy klips | TAK |  |  |
| 2 | Mankiet z poduszką wykonaną z PCV,  z klamrą | TAK |  |  |
| 3 | Aparat przystosowany dla osób prawo i leworęcznych | TAK |  |  |
| 4 | Posiadając zakres pomiaru ciśnienia 0-300mmHg, rozdzielczość 2mmHg | TAK |  |  |
| 5 | Posiadający torbę z nylonu z kieszonką | TAK |  |  |
| 6 | Gruszka niezintegrowana z manometrem | TAK |  |  |
| 7 | Gruszka pozbawiona metalowej rączki (docisku) | TAK |  |  |
| 8 | W komplecie stetoskop | TAK |  |  |
| 9 | Komplet mankietów dla dorosłych i dla dzieci | TAK |  |  |

**Pozycja Nr 4**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych:**

**(Formularz cenowy)**

**Aparat EKG (elektrokardiograf) - 4 SZT.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG | **TAK** |  |  |
| **2** | Wydruk analizy i interpretacji automatycznego badania EKG oraz 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG | **TAK** |  |  |
| **3** | Prezentacja na wyświetlaczu 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG | **TAK** |  |  |
| **4** | Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-25 (baza CSE) - wyniki interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta | **TAK** |  |  |
| **5** | Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi | **TAK** |  |  |
| **6** | Sygnalizacja dźwiękowa detekcji pobudzeń | **TAK** |  |  |
| **7** | Prezentacja krzywych w układzie standardowym lub Cabrera | **TAK** |  |  |
| **8** | Detekcja stymulatora serca | **TAK** |  |  |
| **9** | Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu | **TAK** |  |  |
| **10** | Pamięć ostatnich badań automatycznych z ustawialnym limitem od 5 do 1000 | **TAK** |  |  |
| **11** | Częstotliwość próbkowania jednego kanału [Hz]: 8000 |  |  |  |
| **12** | Zapis EKG - czułość zapisu: 2,5/5/10/20 mm/mv | **TAK** |  |  |
| **13** | Zapis EKG - prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s | **TAK** |  |  |
| **14** | Filtr zakłóceń sieciowych; do wyboru filtry: 50 Hz, 60 Hz | **TAK** |  |  |
| **15** | Filtr zakłóceń mięśniowych; do wyboru filtry: 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz | **TAK** |  |  |
| **16** | Filtr izolinii; do wyboru filtry: 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz | **TAK** |  |  |
| **17** | Detekcja odpięcia elektrody niezależna dla każdej elektrody | **TAK** |  |  |
| **18** | Automatyczna detekcja zespołów QRS | **TAK** |  |  |
| **19** | Wewnętrzna drukarka termiczna | **TAK** |  |  |
| **20** | Tryb pracy automatyczny i manualny | **TAK** |  |  |
| **21** | Zasilanie sieciowe (AC | 100-230 V | 50/60 Hz) | **TAK** |  |  |
| **22** | Zasilanie akumulatorowe (wbudowany akumulator | do 130 badań automatycznych na akumulatorze) | **TAK** |  |  |
| **23** | Elektrody kończynowe 4 sztuki ( typ EKK) oraz elektrody przedsercowe 6 sztuk (typ EPP) | **TAK** |  |  |
| **24** | Zasilacz sieciowy medyczny <12-15 | **TAK** |  |  |
| **25** | Stolik pod aparat EKG z uchwytem na kabel pacjenta | **TAK** |  |  |
| **26** | Menu w języku polskim | **TAK** |  |  |
| **27** | Ekran dotykowy LCD | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 5**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**SSAK MEDYCZNY – 7 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Maksymalny przepływ :30 L / min | **TAK** |  |  |
| **2** | Maksymalne podciśnienie: 85 kPa, | **TAK** |  |  |
| **3** | Zasilanie :230 V / 50 Hz, | **TAK** |  |  |
| **4** | Spełnia normy EN 60601-1; ISO 10079-1 | **TAK** |  |  |
| **5** | Wyposażony w butlę z poliwęglanu 1L z zaworem zabezpieczającym przed przepełnieniem | **TAK** |  |  |
| **6** | Posiada regulator podciśnienia. | **TAK** |  |  |
| **7** | Posiada wskaźnik podciśnienia, | **TAK** |  |  |
| **8** | Posiada dreny silikonowe i filtr bakteryjny. | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 6**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**SSAK MEDYCZNY – 2 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Maksymalny przepływ : 90 L / min | **TAK** |  |  |
| **2** | Maksymalne podciśnienie: 90 kPa, | **TAK** |  |  |
| **3** | Zasilanie :230 V / 50 Hz, | **TAK** |  |  |
| **4** | Spełnia normy EN 60601-1; ISO 10079-1 | **TAK** |  |  |
| **5** | Wyposażony w dwie butle 2l z poliwęglanu z zaworem zabezpieczającym | **TAK** |  |  |
| **6** | Posiada regulator podciśnienia. | **TAK** |  |  |
| **7** | Posiada wskaźnik podciśnienia, | **TAK** |  |  |
| **8** | Posiada dreny silikonowe i filtr bakteryjny. | **TAK** |  |  |
| **9** | Posiada wózek jezdny | **TAK** |  |  |
| **10** | Istnieje możliwość zastosowania jednorazowych zbiorników | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 7**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**LAMPA LARYNGOLOGICZNA / NACZOŁOWA – 2 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Posiada światło diodowe LED o mocy 1W  i temperaturze barwowej 5500 K | **TAK** |  |  |
| **2** | Zasilana z akumulatorów, ładowanych za pomocą ładowarki sieciowej. | **TAK** |  |  |
| **3** | Łatwa w czyszczeniu i dezynfekcji. | **TAK** |  |  |
| **4** | Regulowana wielkość pola zabiegowego poprzez uchwyt żarówki na lusterku o średnicy 55 mm. | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 8**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**TERMOMETR BEZDOTYKOWY – 4 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Zasilanie bateryjne | **TAK** |  |  |
| **2** | Pomiar bezdotykowy- elektroniczny na podczerwień | **TAK** |  |  |
| **3** | Możliwość pomiaru temperatury ciała, kąpieli, jedzenia oraz otoczenia. | **TAK** |  |  |
| **4** | Dokładność pomiaru ±0,3ºC | **TAK** |  |  |
| **5** | Urządzenie przeznaczone do zastosowań klinicznych i szpitalnych. | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 9**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**TERMOMETR BEZDOTYKOWY – 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Zasilanie bateryjne. | **TAK** |  |  |
| **2** | Pomiar bezdotykowy- elektroniczny na podczerwień | **TAK** |  |  |
| **3** | Możliwość pomiaru temperatury ciała, kąpieli, jedzenia oraz otoczenia. | **TAK** |  |  |
| **4** | Dokładność pomiaru ±0,3ºC | **TAK** |  |  |
| **5** | Urządzenie przeznaczone jest do zastosowań klinicznych i szpitalnych. | **TAK** |  |  |
| **6** | Przeznaczony do pomiaru temperatury dzieci | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 10**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**PULSOKSYMETR NAPALCOWY – 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Do pomiaru saturacji i tętna u dorosłych i dzieci (powyżej 14kg) | **TAK** |  |  |
| **2** | Zasilanie bateryjne. Praca na jednym naładowaniu powyżej 12 godzin. | **TAK** |  |  |
| **3** | Akustyczny i wizualny alarm przy przekroczeniu wartości granicznych | **TAK** |  |  |
| **4** | Zakres pomiarowy SpO2: 35 - 99% | **TAK** |  |  |
| **5** | Zakres pomiarowy częstotliwość pulsu: 30 - 250 uderzeń/minutę | **TAK** |  |  |
| **6** | Pomiar stopnia miażdżycowego stwardnienia naczyń | **TAK** |  |  |
| **7** | Mobilny, małe wymiary i prosta obsługa | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 11**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**RĘKOJEŚĆ LARYNGOSKOPU JEDNORAZOWEGO UŻYTKU – 10 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Pasujący do łyżek jednorazowych typu McIntosh | **TAK** |  |  |
| **2** | Atesty Certyfikaty | **TAK** |  |  |
| **3** | Jednorazowy | **TAK** |  |  |
| **4** | Termin ważności minimum 24 miesiące | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 12**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**RĘKOJEŚĆ LARYNGOSKOPU PEDIATRYCZNY JEDNORAZOWEGO UŻYTKU – 10 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Pasujący do łyżek jednorazowych typu McIntosh | **TAK** |  |  |
| **2** | Atesty Certyfikaty | **TAK** |  |  |
| **3** | Jednorazowy | **TAK** |  |  |
| **4** | Termin ważności minimum 24 miesiące | **TAK** |  |  |
| **5** | Możliwość założenia łyżek pediatrycznych- rozmiar 0,1,2 | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 13**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**RESUSCYTATOR AMBU DLA DOROSŁYCH JEDNORAZOWEGO UŻYTKU 30 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **`1** | Dostarczany w indywidualnej torbie foliowej wraz z jedną maską, rezerwuarem oraz drenem do podawania tlenu. | **TAK** |  |  |
| **2** | Zawór pacjenta z pojedynczą membraną dla niezawodnego działania | **TAK** |  |  |
| **3** | Zintegrowany pasek dla komfortu stosowania i wyrównania siły uciśnięć | **TAK** |  |  |
| **4** | Złącze pozwalające na szybkie podawanie laków drogą dotchawiczą | **TAK** |  |  |
| **5** | Łatwe podłączenie manometru oraz zaworu PEEP | **TAK** |  |  |
| **6** | Przeznaczony do wentylacji pacjentów dorosłych o masie ciała powyżej 30 kg | **TAK** |  |  |
| **7** | Termin ważności minimum 24 miesiące | **TAK** |  |  |
| **8** | Zawór bezpieczeństwa: 40 cm H2O (możliwość wyłączenia zaworu) | **TAK** |  |  |
| **9** | Objętość worka: 1475 ml | **TAK** |  |  |
| **10** | Maksymalna objętość oddechowa: 1100 ml | **TAK** |  |  |
| **11** | Objętość rezerwuaru tlenu: 2600 ml | **TAK** |  |  |
| **12** | Dren tlenowy o długości 2,13 m | **TAK** |  |  |
| **13** | Maska twarzowa dla dorosłych | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 14**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**RESUSCYTATOR AMBU PEDIATRYCZNY JEDNORAZOWEGO UŻYTKU 16 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **`1** | Dostarczany w indywidualnej torbie foliowej wraz z jedną maską, rezerwuarem oraz drenem do podawania tlenu. | **TAK** |  |  |
| **2** | Zawór pacjenta z pojedynczą membraną dla niezawodnego działania | **TAK** |  |  |
| **3** | Zintegrowany pasek dla komfortu stosowania i wyrównania siły uciśnięć | **TAK** |  |  |
| **4** | Złącze pozwalające na szybkie podawanie laków drogą dotchawiczą | **TAK** |  |  |
| **5** | Łatwe podłączenie manometru oraz zaworu PEEP | **TAK** |  |  |
| **6** | Przeznaczony do wentylacji pacjentów pediatrycznych o masie ciała 5-30 kg | **TAK** |  |  |
| **7** | Termin ważności minimum 24 miesiące | **TAK** |  |  |
| **8** | Zawór bezpieczeństwa: 40 cm H2O (możliwość wyłączenia zaworu) | **TAK** |  |  |
| **9** | Objętość worka: 450 ml | **TAK** |  |  |
| **11** | Objętość rezerwuaru tlenu: 2500 ml | **TAK** |  |  |
| **12** | Dren tlenowy o długości 2 m | **TAK** |  |  |
| **13** | Maska twarzowa dostosowana dla dzieci | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 15**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**WÓZEK INWALIDZKI 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Parametr** | | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | | Wymiary :długość 111 ±2cm, wysokość 92±2 cm, szerokość 67±2 cm | | **TAK** |  |  |
| **2** | | Szerokość siedziska 50 ±2cm, głębokość 43 ±2cm | | **TAK** |  |  |
| **3** | | Obciążenie dopuszczalne do 150 kg | | **TAK** |  |  |
| **4** | | Wytrzymała rama, malowana proszkowo | | **TAK** |  |  |
| **5** | | * Wytrzymała składana konstrukcja. | | **TAK** |  |  |
| **6** | | Koła tylne pneumatyczne (pompowane), szybkozłącze pozwalające na błyskawiczne montowanie i zdejmowanie kół tylnych | | **TAK** |  |  |
| **7** | | Koła przednie pełne, skrętne | | **TAK** |  |  |
| **8** | | Zdejmowane i regulowane podnóżki | | **TAK** |  |  |
|  | |  | | | | |

**Pozycja Nr 16**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**PRZYRZĄD DO ODSYSANIA KLESZCZY-10 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Łatwa w użyciu. | **TAK** |  |  |
| **2** | Zasada działania: pompka. | **TAK** |  |  |
| **3** | Nie pozostawiający fragmentów kleszcza w skórze. | **TAK** |  |  |
| **4** | Odsysa większość jadu. | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 17**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**PENSETA PRECYZYJNA SKOŚNA -20 SZT**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Wykonana z stali nierdzewnej | **TAK** |  |  |
| **2** | Przeznaczona do użytku w szpitalach. | **TAK** |  |  |
| **3** | Długość 8-10 cm | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 18**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**PRZYRZĄD DO USUWANIA KLESZCZY -10 SZT**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Zasada działania: pętelka- lasso | **TAK** |  |  |
| **2** | Pętelka wykonana z włókna węglowego | **TAK** |  |  |
| **3** | Pozwala na usuwanie kleszczy z uszu i innych trudno dostępnych miejsc. | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 19**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**Balon POLITZERA - 1 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Z kompletem oliwek i łącznikiem | **TAK** |  |  |
| **2** | do przedmuchiwania trąbek słuchowych | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 20**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**KOC BAKTERIOSTATYCZNY – 4 SZT.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Powłoka bakteriostatyczna wykonana jest z poliestru powleczonego poliuretanem | **TAK** |  |  |
| **2** | Produkt o właściwościach niepalnych | **TAK** |  |  |
| **3** | Wentylowany - oddychający, utrzymujący ciepło. | **TAK** |  |  |
| **4** | Wodoodporny – nie przepuszcza płynów i cieczy |  |  |  |
| **5** | Bakteriostatyczny – zapobiega rozwojowi bakterii i drobnoustrojów | **TAK** |  |  |
| **6** | Wytrzymały na uszkodzenia mechaniczne | **TAK** |  |  |
| **7** | Łatwy w czyszczeniu | **TAK** |  |  |
| **8** | Dezynfekcja ogólnodostępnymi płynami z użyciem gąbki | **TAK** |  |  |
| **9** | Możliwość prania w pralce w temperaturze do 90˚C | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 21**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**LATARKA DIAGNOSTYCZNA – 1 SZT.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | LED | **TAK** |  |  |
| **2** | Zasilanie bateryjne | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 22**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**KOŁNIERZ ORTOPEDYCZNY – 1 SZT.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | *Materiał: polipropylen i polietylen ,* | **TAK** |  |  |
| **2** | *dla dorosłych z regulacją* | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 23**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**PASY DO NOSZY – 3 SZT.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | ZAKOŃCZONE karabińczykiem, | **TAK** |  |  |
| **2** | Zmywalne | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 24**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**STAZA TAKTYCZNA – 2 SZT.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Wymiary: 100 x 5 cm, | **TAK** |  |  |
| **2** | Typu CAT | **TAK** |  |  |

**Pozycja Nr 25**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**Laseczki gimnastyczne – 1 zestaw 10 SZT.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Wymiary: 100 x 2,5 cm, | **TAK** |  |  |
| **2** | Typu CAT | **TAK** |  | **\** |
| **3** | Przeznaczenie: gimnastyka, rehabilitacja | **TAK** |  |  |

**Pozycja 26**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**ZESTAW NARZĘDZI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Ilość (sztuki)** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** | **Cena jednostkowa brutto** | **Stawka VAT** | **Nazwa producenta** |
|  | **Haczyki uszne** | *typ LUCAE małe dł 140, stal nierdzewna* | **5** |  |  |  |  |  |
|  | **Haczyki uszne** | *typ LUCAE średnie dł 140, stal nierdzewna* | **5** |  |  |  |  |  |
|  | **Igła do odbarczania odmy** | 14GA (2.1x83mm) | **4** |  |  |  |  |  |
|  | **Kleszczyki** | *145mm, zagięte, stal nierdzewna* | **5** |  |  |  |  |  |
|  | **Kleszczyki** | *145mm, proste, stal nierdzewna* | **5** |  |  |  |  |  |
|  | **Kleszczyki** | *180mm ,okienkowe, stal nierdzewna* | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **Kleszczyki** | *180mm, okienkowe, stal nierdzewna* | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **Kleszczyki** | *135mm, do zdejmowania klamerek, stal nierdzewna* | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **Kleszczyki ALLIS** | *150mm, stal nierdzewna* | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **Kleszczyki Magilla** | *do intubacji proste dla dorosłych, stal nierdzewna;*  *dla dorosłych* | **4**  **2** |  |  |  |  |  |
|  | **Kleszczyki Magilla** | *do intubacji proste dla dzieci, stal nierdzewna;*  *dla dzieci* | **4**  **2** |  |  |  |  |  |
|  | **Kochery** | *22cm-24cm,*  *stal nierdzewna* | **10** |  |  |  |  |  |
|  | **Kulociągi** | Jednozębne, 250 mm, stal nierdzewna | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **Laseczki gimnastyczne** | *wykonane z mocnego tworzywa niepękającego , długość 60cm , grubość 12mm, kolor do ustalenia z zamawiającym* | **5** |  |  |  |  |  |
|  | **Lusterka laryngologiczne** | *Średnica 18mm,stal nierdzewna* | **5** |  |  |  |  |  |
|  | **Lusterka laryngologiczne** | *Średnica 20mm, stal nierdzewna* | **5** |  |  |  |  |  |
|  | **Nożyczki asystenta** | *stal nierdzewna* | **5** |  |  |  |  |  |
|  | **Nożyczki chirurgiczne** | *12cm proste 1szt, 16,5cm proste, stal nierdzewna* | **4** |  |  |  |  |  |
|  | **Nożyczki opatrunkowe** | *16cm-18cm, stal nierdzewna* | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **Nożyczki preparatorskie** | *stal nierdzewna, tępe* | **5** |  |  |  |  |  |
|  | **Pasy do noszy** | *z karabińczykiem,* *zmywalne* | **3** |  |  |  |  |  |
|  | **Pean** | *Delikatny odgięty,130m, stal nierdzewny* | **1** |  |  |  |  |  |
|  | **Pean** | *Delikatny odgięty hemostatycny,100mm , stal nierdzewna* | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **Pensety chirurgiczne** | **1/2 ząbki**ze stali nierdzewnej, prosta, 10,5cm -11,5cm | **1** |  |  |  |  |  |
|  | **Pensety chirurgiczne** | **1/2 ząbki**ze stali nierdzewnej, prosta, 14cm- 16cm | **1** |  |  |  |  |  |
|  | **Pensety metalowe anatomiczne** | *125mm, stal nierdzewna* | **5** |  |  |  |  |  |
|  | **Skrobaczki ginekologiczne** | *4 mm, stal nierdzewna* | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **Skrobaczki ginekologiczne** | *6 mm, stal nierdzewna* | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **Skrobaczki ginekologiczne** | *8 mm, stal nierdzewna* | **2** |  |  |  |  |  |
|  | **Łyżki skrobaczki** | *Nr4 2szt i Nr6 2szt, stal nierdzewna* | **4** |  |  |  |  |  |
|  | **pean** | *12,5cm -14cm, stal nierdzewna, prosty* | **3** |  |  |  |  |  |
|  | **Pop Sami Sling** | *Do stabilicji złamań miednicy* | **3** |  |  |  |  |  |
|  | **Watotrzymacz skrętny z uchwytem** | *1mm dł 140mm- 5szt; 1,2 dł 140mm- 5 szt,*  *stal nierdzewna* | **10** |  |  |  |  |  |
|  | **Trójkąt** | *36x24cm pomoc ortopedyczna przy gipsowaniu* | **1** |  |  |  |  |  |

**Pozycja Nr 27**

**Szczegółowy Opis Przedmiotu Zamówienia - Zestawienie parametrów granicznych**

**(Formularz cenowy)**

**Zestaw pasów unieruchamiających – 1 zestaw**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………Rok produkcji: …..……………

Cena jednostkowa brutto ……………………………………. VAT ……… %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań granicznych TAK)** | **Parametry oferowane (podać zakresy i opisać)** |
| **1** | Materiał skóra naturalna | **TAK** |  |  |
| **2** | **Pasy wzmocnione** | **TAK** |  |  |
| **3** | W komplecie unieruchomienie  kostek 2 szt. ,  nadgarstków 2 szt.  ud 2 szt.  klatki piersiowej 1 szt. | **TAK** |  | **\** |
| **4** | Miękka wewnętrzna strona | **TAK** |  |  |
| **5** | Duży zakres regulacji rozmiaru | **TAK** |  |  |
| **6** | Metalowe elementy zabezpieczone są przed korozją | **TAK** |  |  |