

## Pakiet 1 – Aparat USG

Tabela parametrów technicznych – Aparat USG – szt. 1

Nazwa urządzenia /model .....

Producent .....

Kraj pochodzenia .....

Rok produkcji (nie starszy niż 2006 rok): .....

L.p.	Minimalne wymagane parametry techniczne	Wymogi graniczne	Tak/ Nie Oferowane parametry techniczne ( opis)
<b>I</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>		
1.	Przenośny nowy bądź używany aparat ultrasonograficzny (nie starszy niż 2006 r.)	TAK PODAĆ	
2.	Waga aparatu do max 16 kg	TAK PODAĆ	
3.	Ilość niezależnych aktywnych gniazd do jednoczesnego podłączenia głowic obrazowych. Podać. (Zamawiający wymaga min. 2)	TAK PODAĆ	
4.	Tryby pracy aparatu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2D (B-mode),</li> <li>• M-mode,</li> <li>• Color Doppler (CD),</li> <li>• Power Doppler (PD),</li> <li>• Pulsacyjny (PWD),</li> <li>• DUPLEX</li> </ul>	TAK	
5.	Monitor LCD, min. przekątna: 10"	TAK PODAĆ	
6.	Ilość ognisk. Zamawiający wymaga min. 4	TAK PODAĆ	
7.	Zintegrowany (wbudowany w aparat) system archiwizacji pacjentów i obrazów.	TAK PODAĆ	
8.	Wejścia/ wyjścia sygnału USB, LAN, S-VHS, VHS, MIC, Print Remote, Audio	TAK	
9.	Głowica convex <ul style="list-style-type: none"> <li>•min. Zakres częstotliwości: 3 – 8 MHz (+/- 1 MHz)</li> <li>•min. Ilość elementów: 120</li> </ul>	TAK PODAĆ	



10.	Głowica liniowa: •min. ilość elementów: 120 •min. zakres częstotliwości: 5-9 MHz •szerokość czoła głowicy: max. 58 mm	TAK PODAĆ	
11.	Zasilanie: 200 - 240V 50 – 60Hz	TAK	
12.	Gwarancja minimum 3 miesiące	TAK PODAĆ	
13.	Oznaczenie sprzętu znakiem CE	TAK	
14.	Montaż sprzętu	TAK	
15.	Szkolenie w zakresie obsługi aparatu USG	TAK	
16.	Aktualny przegląd techniczny	TAK	
17.	Paszport techniczny wystawiony dla urządzenia	TAK	

**Uwaga : w kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty**  
**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty 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).

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



**Pakiet 2 – Zbiornik do przechowywania ciekłego azotu****Tabela parametrów technicznych – Zbiornik do przechowywania ciekłego azotu  
- szt. 1.**

Nazwa urządzenia /model .....

Producent .....

Kraj pochodzenia .....

Rok produkcji (fabrycznie nowy): .....

L.p.	Minimalne wymagane parametry techniczne	Wymogi graniczne	Tak/ Nie Oferowane parametry techniczne ( opis)
<b>I</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>		
1.	Pojemność w litrach 31-32 l.	TAK PODAĆ	
2.	Odparowalność (litry/24 h): od 0,20 do 0,22 litra	TAK PODAĆ	
3.	Średnica wewnętrzna szyjki (mm): 50 mm	TAK	
4.	Wysokość całkowita (mm): 650-700 mm	TAK PODAĆ	
5.	Waga pustego zbiornika (kg): 12-13 kg	TAK PODAĆ	
6.	Waga napełnionego zbiornika (kg:) max: 40 kg	TAK PODAĆ	
7.	Średnica zewnętrzna (mm): 440 do 450 mm	TAK PODAĆ	
8.	Gwarancja min. 24 miesięcy	TAK PODAĆ	

**Uwaga : w kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty**  
**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty 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).

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



## Pakiet 3 – Pompa infuzyjna

Tabela parametrów technicznych – Pompa infuzyjna 2-strzykawkowa - szt. 1

Nazwa urządzenia /model .....

Producent .....

Kraj pochodzenia .....

Rok produkcji (fabrycznie nowy): .....

L.p.	Minimalne wymagane parametry techniczne	Wymogi graniczne	Tak/ Nie Oferowane parametry techniczne ( opis)
<b>I</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>		
1.	Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez Wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytkowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE ), tzn., że oferowany sprzęt posiada wymagania określone w Ustawie z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2010 Nr 107, poz. 679) oraz zgodnie z dyrektywami Unii Europejskiej	TAK	
2.	Pompa infuzyjna 2-strzykawkowa posiadająca dwa niezależnie programowane tory infuzyjne (nie dopuszcza się pomp infuzyjnych 1-strzykawkowych łączonych w zestaw)	TAK	
3.	Wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim	TAK	
4.	Klawiatura alfanumeryczna	TAK	
5.	Ciekłokrystaliczny, alfanumeryczny wyświetlacz parametrów infuzji	TAK	
6.	Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości: 5, 10, 20, 30, 50/60 ml	TAK	



7.	Możliwość stosowania strzykawk różnych producentów krajowych i zagranicznych <b>(minimum 5) - podać nazwy producentów wykorzystywanych strzykawk</b>	TAK PODAĆ	
8.	Automatyczne rozpoznawanie strzykawk	TAK	
9.	Zakres szybkości infuzji przynajmniej co 0,1 ml/h: 0,1-400 ml/h dla strzykawk 5/6 ml 0,1-600 ml/h dla strzykawk 10/12 ml 0,1-1000 ml/h dla strzykawk 20 ml 0,1-1200 ml/h dla strzykawk 30/35 ml 0,1-2000 ml/h dla strzykawk 50/60 ml	TAK PODAĆ	
10.	Programowanie infuzji w jednostkach (minimum): ml/h, mg/h, µg/h, mg/kg/h, µg/kg/h, mg/kg/min, µg/kg/min	TAK PODAĆ	
11.	Dokładność szybkości dozowania +/-2%	TAK	
12.	Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu	TAK	
13.	Regulowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej BOLUS (minimum) co 0,1 ml/h: do 400 ml/h dla strzykawk 5/6 ml do 600 ml/h dla strzykawk 10/12 ml do 1000 ml/h dla strzykawk 20 ml do 1200 ml/h dla strzykawk 30/35 ml do 2000 ml/h dla strzykawk 50/60 ml	TAK PODAĆ	
14.	Możliwość zmiany szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu	TAK	
15.	Możliwość podglądu zaprogramowanych parametrów infuzji	TAK	
16.	Możliwość zablokowania przycisków klawiatury	TAK	

g

Q

17.	Programowana objętość infuzji co 0,1 ml (minimum) w zakresie 0,1 do 999,9 ml	TAK	
18.	Programowanie: -prędkości, -prędkości i objętości, -prędkości i czasu, -objętości i czasu	TAK	
19.	Ustawianie wartości ciśnienia okluzji przynajmniej 7 poziomów w zakresie 300-900 mmHg	TAK PODAĆ	
20.	Możliwość programowania nazwy oddziału	TAK PODAĆ	
21.	Wyświetlanie nazw (minimum) 30 leków (możliwość wymiany wszystkich nazw leków)	TAK PODAĆ	
22.	Możliwość zaprogramowania profili podaży powiązanych z nazwami określonego leku (minimum) 16 profili	TAK PODAĆ	
23.	Funkcja KVO programowalna w zakresie (minimum) 0-5 ml/h co 0,1 ml/h	TAK PODAĆ	
24.	Funkcja Stand-By programowana 1sek-24h	TAK PODAĆ	
25.	Funkcja programowania czasu infuzji przynajmniej od 1 min do 99 godzin	TAK PODAĆ	
26.	Rejestr zdarzeń (minimum) 2000	TAK PODAĆ	
27.	Akustyczno-optyczny system alarmów i ostrzeżeń. Podać listę alarmów.	TAK PODAĆ	
28.	Regulacja głośności alarmu	TAK PODAĆ	
29.	Uchwyt umożliwiający zamocowanie pompy m.in. do stojaka, łóżka, stacji dokującej MD	TAK.	
30.	Zasilanie sieciowe: 100-240 V, 50/60 Hz (zasilacz wewnętrzny)	TAK.	
31.	Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe (minimum) -20h przy przepływie 5 ml/h -4h przy przepływie 100 ml/h	TAK PODAĆ	

9

12

32.	Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego	TAK.	
33.	Klasa ochronności [minimum] I, CF, odporność na defibrylację	TAK	
34.	Port komunikacyjny np. RS-232	TAK	
35.	Masa urządzenia (z akumulatorem) max 4,2 kg	TAK PODAĆ	
<b>II</b>	<b>POZOSTAŁE</b>		
1.	Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą)	TAK	
2.	Oprogramowanie w języku polskim	TAK	
3.	Gwarancja min. 24 miesięcy	TAK PODAĆ	
4.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK PODAĆ	
5.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat.	TAK PODAĆ	
6.	Czas reakcji serwisu max. 72 godz.	TAK	
7.	Nieodpłatne przeglądy techniczne w okresie obowiązywania gwarancji urządzenia w ilości zalecanej w instrukcji użytkowania urządzenia.	TAK	
8.	Paszport techniczny wystawiony dla urządzenia	TAK	
9.	Uruchomienie i przeszkolenie personelu	TAK	

**Uwaga : w kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty**  
**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty 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).

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

