**Opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest „Zakup sprzętu dla Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach dedykowanego chorobom układu krążenia”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Działania 7.3 "Infrastruktura zdrowotna i społeczna" Osi VII "Sprawne usługi publiczne" Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.

**Zadanie nr 1 – Kozetka lekarska 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Kozetka lekarska** |  |  |
| 1. | Kozetka na kółkach przeznaczona do badań | Tak |  |
| 2. | Kozetka wyposażona w 4 kółka podgumowane, w tym co najmniej 2 wyposażone w hamulec | Tak |  |
| 3. | Konstrukcja z kształtowników stalowych, pokrytych farbą proszkową | Tak |  |
| 4. | Zagłówek kozetki z regulacją pochylenia | Tak |  |
| 5. | Leże oraz zagłówek pokryte materiałem skóropodobnym | Tak |  |
| 6. | Wysokość: 590mm (+/-20mm) | Tak |  |
| 7. | Długość: 1880mm (+/- 20mm)  | Tak |  |
| 8. | Szerokość: 550mm(=/- 20mm)  | Tak |  |
| 9. | Dopuszczalne obciążenie: 170kg (+/- 5kg)  | Tak |  |
| 10. | Uchwyt na rolkę prześcieradła | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Kozetka lekarska**  | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 ..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 2 – Laryngoskop 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Laryngoskop** |  |  |
| 1. | 1 rękojeść światłowodowa bateryjna F.O. 2,5V typu C | Tak |  |
| 2. | oświetlenie ksenonowe | Tak |  |
| 3. | specjalna kapsuła dla żarówki ksenonowej - zapewnia bezpieczeństwo żarówki przy wymianie baterii oraz maksymalną przepuszczalność światła | Tak |  |
| 4. | 3 łyżki Macintosh F.O. w rozmiarach 2, 3, 4 z matowej stali nierdzewnej, która zapobiega refleksom światła | Tak |  |
| 5. | gniazdo ze specjalnego trwałego polimeru | Tak |  |
| 6. | niewymienny światłowód Ø 3,0 mm, min. 3000 pojedynczych włókien | Tak |  |
| 7. | oświetlenie > 3.500 Lux /dla rękojeści 2,5 V | Tak |  |
| 8. | do sterylizacji w autoklawie do 134°C - ok. 4000 cykli | Tak |  |
| 9. | Zestaw umieszczony w pudełku | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Laryngoskop** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 ..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 3 – Resuscytator ręczny 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Resuscytator ręczny** |  |  |
| 1. | Worek resuscytacyjny silikonowy, z maską nr 5 i rezerwuarem tlenu. | Tak |  |
| 2. | Do sterylizacji w autoklawie. | Tak |  |
|  | Zakres stosowania: |  |  |
| 3. | Pacjenci o wadze ciała >30 kg. | Tak |  |
| 4. | Częstotliwość wentylacji: dorośli: 12 - 15 razy/min. | Tak |  |
| 5. | Maksymalna ilość oddechów: 45/min. | Tak |  |
| 6. | Maksymalna częstość oddechu: zależy od wdmuchiwanej objętości powietrza. | Tak |  |
| 7. | Objętość martwa: 7ml dla resuscytatora=135ml dla maski nr 5. | Tak |  |
| 8. | Objętość worek resuscytatora/wdech: około 1500/1200ml dla dorosłych. | Tak |  |
| 9. | Objętość worka rezerwuaru tlenu: 2500ml. | Tak |  |
| 10. | Zawór ograniczający ciśnienie: 60 ± 10cm H2O. | Tak |  |
| 11. | Średnica zawór pacjenta/łącznik pacjenta: 22/15mm. | Tak |  |
| 12. | STĘŻENIA TLENU: (przy dostarczaniu tlenu z zewnętrznego źródła) 90 - 95%. | Tak |  |
| 13. | Temperatura pracy: od -18°C do 50°C. | Tak |  |
| 14. | Temperatura przechowywania: od -40°C do 50°C . | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Resuscytator ręczny** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 ..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*