

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/ZESTAWIENIU PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

1. Przedmiotem zamówienia publicznego jest dostarczenie i przeniesienie na własność Zamawiającego sprzętu medycznego w ramach 2 pakietów, zwanego dalej sprzętem, transport, wniesienie, rozładunek, ustawienie, instalacja i uruchomienie oraz przeprowadzenie szkolenia personelu w zakresie obsługi i konserwacji sprzętu.
2. Oferowany sprzęt musi być dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych.
3. Zamawiający wymaga aby sprzęt był fabrycznie nowy (rok produkcji 2015) , nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie był konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.
4. Wykonawca dostarcza wszystkie elementy przedmiotu zamówienia na własny koszt.
5. Dostawa przedmiotu umowy zostanie dokonana w dniu roboczym w godz.: 08.00-13.00. Wykonawca poinformuje Zamawiającego na 2 dni przed planowanym terminem dostawy.
6. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych z niniejszym opisie.

PAKIET NR 1 poz. 1			
SSAK MEDYCZNY szt. 5			
Lp.	Opis wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana (graniczna)	Potwierdzić (wpisując „TAK”) i podać oferowany parametr (w przypadku wartości granicznych)
Informacje ogólne			
1	Producent	Podać	
2	Nazwa i typ	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Rok produkcji 2015	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
5	Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat	Tak	
6	W cenie oferty bezpłatne przeglądy serwisowe w okresie gwarancji co najmniej 1 raz w roku lub zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu	Tak	
7	Autoryzowany serwis na terenie Polski	Tak podać (podać dane adresowe)	
8	Forma zgłoszeń reklamacji i napraw	Tak podać (podać poczta, fax, poczta elektroniczna, Telefon)	
9	Gwarantowany czas reakcji serwisu w okresie gwarancji maks.2 dni robocze od zgłoszenia	Tak	
10	Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego	Tak	
11	W przypadku awarii w okresie gwarancji: dostawa aparatu zastępczego w ciągu 72 godzin od chwili	Tak	

	zgłoszenia		
12	Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz 2 sztuki instrukcji obsługi w języku polskim	Tak	
Opis parametrów			
13	Maksymalny przepływ 28 L / min	Tak	
14	Maksymalne podciśnienie - 82 kpa	Tak	
15	Czas pracy: praca ciągła	Tak	
16	Ustawianie poziomu podciśnienia za pomocą zaworu iglicowego	Tak	
17	Zawór bezpieczeństwa chroniący przed nadmiernym ssaniem w pokrywie butli	Tak	
18	Możliwość obsługi za pomocą sterownika nożnego - opcja	Tak/Nie	
19	Filtr antybakteryjny hydrofobowy - 1 szt./ssak w zestawie	Tak	
20	Zbiornik z poliwęglanu o pojemności 2 litra wielorazowy na wydzielinę autoklawowalną, przystosowane do użycia jednorazowych wkładów	Tak	
21	Silikonowy wąż ssący długość min. 1,5 mb	Tak	
22	Zasilanie 230 V 50/60 Hz	Tak	
23	Wydajność maksymalna powietrza, min. 28 l/min		
24	Możliwość zdjęcia z wózka i użycia jako ssak przenośny	Tak	
25	Maksymalna waga ssaka po zdjęciu z wózka 6 kg	Tak/Podać	
26	Możliwość rozbudowy ssaka o system drenażu z opłucznej w zakresie do 40 cm słupa wody – opcja	Tak	
27	Możliwość rozbudowy ssaka o zbiorniki 2 lub 4 litrowe - opcja	Tak	
28	Pobór mocy poniżej 180 VA	Tak	
29	Głośność do 45dB	Tak	
30	Wymiary ssaka w wersji przenośnej min.400 x 180 x 370 mm	Tak	
Dodatkowe wyposażenie kompatybilne z proponowanym ssakiem			
31	Wózek jezdny z koszykiem na 4 kołach z hamulcami	Tak	
Pozostałe wymagania			
32	Szkolenie z zakresu obsługi i konserwacji urządzenia w terminie wskazanym przez Zamawiającego zakończone wydaniem świadectwa uczestnictwa	Tak	
33	Sprzęt musi posiadać Certyfikat CE	Tak	
34	Folder urządzenia w języku polskim	Tak	
35	Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy	Tak	

36	Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji	Tak	
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--

PAKIET NR 1 poz. 2			
INHALATOR DYSZOWY szt. 8			
Lp.	Opis wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana (graniczna)	Potwierdzić (wpisując „TAK”) i podać oferowany parametr (w przypadku wartości granicznych)
Informacje ogólne			
1	Producent	Podać	
2	Nazwa i typ	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Rok produkcji 2015	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
5	Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10lat	Tak	
6	W cenie oferty bezpłatne przegląd serwisowy w okresie gwarancji co najmniej 1 raz w roku lub zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu	Tak	
7	Autoryzowany serwis na terenie Polski	Tak podać (podać dane adresowe)	
8	Forma zgłoszeń reklamacji i napraw	Tak podać (podać poczta, fax, poczta elektroniczna, Telefon)	
9	Gwarantowany czas reakcji serwisu w okresie gwarancji maks.2 dni robocze od zgłoszenia	Tak	
10	Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego	Tak	
11	Wraz z dostawą komplet instrukcji obsługi w języku polskim	Tak	
Opis parametrów			
12	Przeznaczony do zabiegów inhalacyjnych aerozolem wytwarzanym z ciekłych środków czynnych.	Tak	
13	Wydajność aerozolu min 0,42 ml/min.	Tak	
14	System zaworków wdechowo-wydechowych automatycznie uruchamianych w procesie oddychania	Tak	
15	System antywylewowy – inhalacja leżącego pacjenta	Tak	
16	Fracja respirabilna (ilość cząstek poniżej 5 um) 73%	Tak	
17	Przeznaczony do pracy ciągłej	Tak	
18	Zasilanie 230V/50Hz	Tak	
19	Waga: max 2,1 kg	Tak	

20	Wymiary min.200x300x100mm	Tak	
21	Wydajność sprężarki (bez obciążenia)min. 10 l/min		
22	Pojemność zbiornika głowicy min. 2- 8 ml		
23	Zasilanie z sieci prądu zmiennego min. 230 V, 50 Hz		
24	Max. Pobór mocy 140 VA	Tak	
Wyposażenie			
25	Przewód doprowadzający powietrze	Tak	
26	Głowica rozpylająca	Tak	
27	Zaworek oszczędzający lek	Tak	
28	Maska dla dorosłych	Tak	
29	Maska dla dziecka	Tak	
30	Ustnik	Tak	
31	Filtr powietrza	Tak	
	Końcówka nosowa do ustnika	Tak	
Pozostałe wymagania			
32	Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w ilości niezbędnej do zapewnienia prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia. Dodatkowe szkolenie w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny.	Tak	
33	Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy	Tak	
34	Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji	Tak	
35	Sprzęt musi posiadać Certyfikat CE	Tak	

PAKIET NR 1 poz. 3			
INHALATOR PNEUMATYCZNY szt. 1			
Lp.	Opis wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana (graniczna)	Potwierdzić (wpisując „TAK”) i podać oferowany parametr (w przypadku wartości granicznych)
Informacje ogólne			
1	Producent	Podać	
2	Nazwa i typ	Podać	

3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Rok produkcji 2015	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
5	Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10lat	Tak	
6	W cenie oferty bezpłatne przegląd serwisowy w okresie gwarancji co najmniej 1 raz w roku lub zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu	Tak	
7	Autoryzowany serwis na terenie Polski	Tak podać (podać dane adresowe)	
8	Forma zgłoszeń reklamacji i napraw	Tak podać (podać poczta, fax, poczta elektroniczna, Telefon)	
9	Gwarantowany czas reakcji serwisu w okresie gwarancji maks.2 dni robocze od zgłoszenia	Tak	
10	Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego	Tak	
11	Wraz z dostawą komplet instrukcji obsługi w języku polskim	Tak	
Opis parametrów			
12	Przeznaczony do leczenia dolnych dróg oddechowych dla chorych od min. 4 roku życia	Tak	
13	Wydajność aerozolu min. 600 mg/min	Tak	
14	Fracja respirabilna (ilość cząstek mniejszych niż 5 µm) 67%	Tak	
15	Wielkość cząsteczek min. 3,5 µm	Tak	
16	Zasilanie 230V ~50Hz	Tak	
17	Waga: max 1,7 kg	Tak	
18	Wymiary min.19,2x14,5x15 cm	Tak	
19	Do stosowania ciągłego	Tak	
Wyposażenie			
20	Kompresor	Tak	
21	Nebulizator zapewniający skuteczną depozycję płucną nawet przy krótkich czasach inhalacji	Tak	
22	Ustnik z zaworem zwrotnym	Tak	
23	Przewód	Tak	
24	Duża maska miękka	Tak	
25	Mała maska dla dziecka	Tak	
26	Współpracuje ze wszystkimi komorami nebulizacyjnymi	Tak	
Pozostałe wymagania			
27	Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w ilości niezbędnej do zapewnienia prawidłowej pracy	Tak	

	przedmiotu zamówienia. Dodatkowe szkolenie w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny.		
28	Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy	Tak	
29	Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji	Tak	
30	Sprzęt musi posiadać Certyfikat CE	Tak	

PAKIET NR 1 poz. 4

OTOSKOP SZT. 3

Informacje ogólne

1	Producent/ dostawca	Podać	
2	Nazwa i typ	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Rok produkcji 2015	TAK	

Warunki gwarancji i serwisu

5	Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat	Tak	
6	W cenie oferty bezpłatne przeglądy serwisowe w okresie gwarancji co najmniej 2 razy w roku lub zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu	Tak	
7	Autoryzowany serwis na terenie Polski	TAK (podać dane adresowe)	
8	Forma zgłoszeń reklamacji i napraw	Tak (podać poczta, fax, poczta elektroniczna, Telefon)	
9	Gwarantowany czas reakcji serwisu w okresie gwarancji maks.48 [godziny] od zgłoszenia	Tak	
10	Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego	Tak	
11	W przypadku awarii w okresie gwarancji: dostawa aparatu zastępczego w ciągu 72 godzin od chwili zgłoszenia	Tak	
12	Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz 2 sztuki instrukcji obsługi w języku polskim	Tak	

Opis parametrów

13	Światłowodowy	Tak	
14	Żarówka	Tak	
15	Baterie zasilające w komplecie	Tak	

16	Rękojeść bateryjna	Tak	
17	Wzierniki wielokrotnego użytku miń 4, wzierniki jednorazowe miń 10 szt. z każdego rozmiaru	Tak	
Pozostałe wymagania			
18	Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w ilości niezbędnej do zapewnienia prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia. Dodatkowe szkolenie w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny.	Tak	
19	Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy	Tak	
20	Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji	Tak	
21	Sprzęt musi posiadać Certyfikat CE	Tak	

PAKIET NR 1 poz. 5			
ELEKTRONICZNA WAGA NIEMOWLĘCA SZT. 3			
Informacje ogólne			
1	Producent/ dostawca	Podać	
2	Nazwa i typ	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Rok produkcji rok 2015	Tak-	
Warunki gwarancji i serwisu			
5	Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat	Tak	
6	W cenie oferty bezpłatne przegląd serwisowy w okresie gwarancji co najmniej 1 raz w roku lub zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu	Tak	
7	Autoryzowany serwis na terenie Polski	TAK (podać dane adresowe)	
8	Forma zgłoszeń reklamacji i napraw	Tak (podać poczta, fax, poczta elektroniczna, Telefon)	
9	Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego		
10	W przypadku awarii w okresie gwarancji: dostawa aparatu zastępczego w ciągu 72 godzin od chwili zgłoszenia		
11	Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz 2 sztuki instrukcji obsługi w języku polskim	Tak	
Opis parametrów			
12	Obciążenie maksymalne 20 kg	Tak	
13	Działka elementarna 10 g < 10 kg > 20 g	Tak	
14	Zakres TARA max. 20 kg	Tak	

15	Wymiary (szer. x wys. x głęb.) min. 552 x 156 x 332 mm	Tak, Podać	
16	Wyświetlacz LCD	Tak	
17	Temperatura pracy +10 °C do +40 °C	Tak	
18	Masa własna min. 2.5 kg	Tak, Podać	
19	Zasilanie elektryczne 6 baterii typu R6	Tak, Podać	
20	Pobór prądu ok. 30 mA	Tak	
21	Ściągana szalka do ważenia dzieci w pozycji stojącej lub leżącej	Tak	
22	Wyświetlacz wbudowany w obudowę wagi	Tak	
23	4 podgumowane punkty podparcia wagi	Tak	
24	Małe zużycie prądu – 10.000 cykli ważenia na jednym zestawie baterii dostarczone razem z wagą w pakiecie	Tak	
25	Kolor biały	Tak	
Pozostałe wymagania			
26	Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w ilości niezbędnej do zapewnienia prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia. Dodatkowe szkolenie w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny.	Tak	
27	Sprzęt musi posiadać Certyfikat CE	Tak	
28	Zgodność z Dyrektywą 90/384/EWG o wagach nieautomatycznych	Tak	
29	Sprzęt musi spełniać podstawowe wymagania normy europejskiej DIN EN 45501	Tak	
30	Zgodność z Dyrektywą 93/42/EWG i 2009/23/WE o wyrobach medycznych	Tak	
31	Legalizacja według standardów medycznych min. 24 miesiące	Tak	
32	Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy	Tak	
33	Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji	Tak	

PAKIET NR 1 poz. 6			
ELEKTRONICZNA WAGA KOLUMNOWA ZE WZROSTOMIERZEM I FUNKCJĄ BMI SZT. 1			
Informacje ogólne			
1	Producent/ dostawca	Podać	
2	Nazwa i typ	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Rok produkcji rok 2015	Tak-	
Warunki gwarancji i serwisu			
5	Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat		

6	W cenie oferty bezpłatne przeglądy serwisowe w okresie gwarancji co najmniej 1 raz w roku lub zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu	Tak	
7	Autoryzowany serwis na terenie Polski	TAK (podać dane adresowe)	
8	Forma zgłoszeń reklamacji i napraw	Tak (podać poczta, fax, poczta elektroniczna, Telefon)	
9	Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego	Tak	
10	W przypadku awarii w okresie gwarancji: dostawa aparatu zastępczego w ciągu 72 godzin od chwili zgłoszenia	Tak	
11	Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz 2 sztuki instrukcji obsługi w języku polskim	Tak	
Opis parametrów			
12	Obciążenie maksymalne max. 200 kg	Tak	
13	Działka elementarna 100 g < 150 kg > 200 g	Tak	
14	Zakres TARA max. 200 kg	Tak	
15	Wymiary waga (szer. X wys. X głęb.) min. 294 x 831 x 417 mm	Tak, Podać	
16	Wymiary, platforma(szer. X wys. X głęb.) min.272x75x280 mm	Tak, Podać	
17	Wysokość cyfr max. 20 mm	Tak	
18	Wyświetlacz LCD	Tak	
19	Masa własna min. 6,9 kg	Tak, Podać	
20	Zasilanie elektryczne 6 baterii typu R6	Tak, Podać	
21	4 regulowane podgumowane punkty podparcia wagi	Tak	
22	Pobór prądu ok. 25 mA	Tak	
23	Wbudowane kółka transportowe umożliwiające łatwe przemieszczanie wagi	Tak	
24	Małe zużycie prądu – 10.000 cykli ważenia na jednym zestawie baterii dostarczone razem z wagą w pakiecie	Tak	
25	Czarna okładzina antypoślizgowa	Tak	
26	Kolor biały, czarny	Tak	
Pozostałe wymagania			
26	Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w ilości niezbędnej do zapewnienia prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia. Dodatkowe szkolenie w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny.	Tak	
27	Sprzęt musi posiadać Certyfikat CE	Tak	
28	Zgodność z Dyrektywą 90/384/EWG o wagach nieautomatycznych	Tak	
29	Sprzęt musi spełniać podstawowe wymagania normy europejskiej DIN EN 45501	Tak	

30	Zgodność z Dyrektywą 93/42/EWG i 2009/23/WE o wyrobach medycznych	Tak	
31	Legalizacja według standardów medycznych min. 24 miesiące	Tak	
32	Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy	Tak	
33	Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji	Tak	

PAKIET NR 2 poz. 1**PULSOKSYMETR PRZENOŚNY szt. 2****Informacje ogólne**

1	Producent/ dostawca	Podać	
2	Nazwa i typ	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Rok produkcji 2015	TAK	

Warunki gwarancji i serwisu

5	Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat	Tak	
6	W cenie oferty bezpłatne przeglądy serwisowe w okresie gwarancji co najmniej 2 razy w roku lub zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu	Tak	
7	Autoryzowany serwis na terenie Polski	TAK (podać dane adresowe)	
8	Forma zgłoszeń reklamacji i napraw	Tak (podać poczta, fax, poczta elektroniczna, Telefon)	
9	Gwarantowany czas reakcji serwisu w okresie gwarancji maks.48 [godziny] od zgłoszenia	Tak	
10	Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego	Tak	
11	W przypadku awarii w okresie gwarancji: dostawa aparatu zastępczego w ciągu 72 godzin od chwili zgłoszenia	Tak	
12	Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz 2 sztuki instrukcji obsługi w języku polskim	Tak	

Opis parametrów**Zasilanie**

13	Zasilanie sieciowe jednofazowe 100-240 V, 50/60 Hz		
14	Zasilanie akumulatorowe min. 8,5 h (wraz z akumulatorem)		
15	Możliwość pracy w trybie neonatalnym, pediatrycznym oraz dorosłych	Tak	

Mierzone parametry

16	Saturacja spo ₂	Tak	
17	Puls	Tak	
18	Trendy min 96 godzin	Tak	

Zakres mierzonych parametrów

19	Zakres pomiaru SpO ₂ min 0-100%	Tak	
----	--------------------------------------------	-----	--

20	Zakres pomiaru puls min. 25-300 bpm	Tak	
21	Standardowy czujnik dla dorosłych	Tak	
22	Czujnik pediatryczny typu Y	Tak	
Dokładność pomiaru			
23	SpO2 w zakresie 70-100% min +/- 3%	Tak	
24	Puls (bpm) min. +/- 2 bpm	Tak	
Inne			
25	Wyświetlacz graficzny TFT LCD min 3,5" dom prezentacji krzywych dynamicznych	Tak	
26	Wyświetlacze LED do prezentacji wartości numerycznych	Tak	
27	Wymiary	Podać	
28	Waga maksymalna z kompletem akumulatorów max.3 kg	Podać	
29	Port LAN	Tak	
30	Możliwość pracy w sieci centralnego monitoringu	Tak	
31	Funkcja przywołania pielęgniarki	Tak	
32	Wygodny uchwyt do przenoszenia	Tak	
33	Możliwość mocowania na szynie i wózku	Tak	
34	Możliwość zastosowania wózka pod aparat z mechanizmem szybkiego mocowania, na pięciu obrotowych kołach jezdnych z min dwoma hamulcami, z dwoma półkami na akcesoria i rączką do przesuwania wózka.	Tak	
Alarmy			
34	Wysokie wysycenie	Tak	
35	Niskie wysycenie	Tak	
36	Wysoka częstota	Tak	
37	Niska częstota	Tak	
38	Niskiego stanu naładowania baterii/akumulatora	Tak	
39	Możliwość ustawiania granic alarmowych	Tak	
40	Możliwość włączenia lub wyłączenia alarmów	Tak	
Pozostałe wymagania			
40	Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w ilości niezbędnej do zapewnienia prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia. Dodatkowe szkolenie w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny.	Tak	
41	Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy	Tak	
42	Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji	Tak	

43	Sprzęt musi posiadać Certyfikat CE	Tak	
----	------------------------------------	-----	--

PAKIET NR 2 poz. 2

PULSOKSYMETR NAPALCOWY SZT. 2

Informacje ogólne

1	Producent/ dostawca	Podać	
2	Nazwa i typ	Podać	
3	Kraj pochodzenia	Podać	
4	Rok produkcji 2015	TAK	

Warunki gwarancji i serwisu

5	Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat	Tak	
6	W cenie oferty bezpłatne przegląd serwisowy w okresie gwarancji co najmniej 2 razy w roku lub zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu	Tak	
7	Autoryzowany serwis na terenie Polski	TAK (podać dane adresowe)	
8	Forma zgłoszeń reklamacji i napraw	Tak (podać poczta, fax, poczta elektroniczna, Telefon)	
9	Gwarantowany czas reakcji serwisu w okresie gwarancji maks.48 [godziny] od zgłoszenia	Tak	
10	Dokumentacja technicznej/serwisowej możliwej do przekazania na potrzeby Zamawiającego	Tak	
11	W przypadku awarii w okresie gwarancji: dostawa aparatu zastępczego w ciągu 72 godzin od chwili zgłoszenia	Tak	
12	Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz 2 sztuki instrukcji obsługi w języku polskim	Tak	

Opis parametrów

Zasilanie

13	Zasilanie bateryjne baterie typu AAA	Tak	
----	--------------------------------------	-----	--

Mierzone parametry

14	Saturacja spo ₂	Tak	
----	----------------------------	-----	--

Zakres mierzonych parametrów

15	Zakres pomiaru SpO ₂ min 35-99%	Tak	
16	Zakres pomiaru puls min. 30- 250 bpm	Tak	

Inne

17	Kolorowy wyświetlacz o rozdzielczości min. 160x64 piksele	Tak	
----	-----------------------------------------------------------	-----	--

18	Wymiary	Tak, Podać	
Pozostałe wymagania			
19	Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w ilości niezbędnej do zapewnienia prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia. Dodatkowe szkolenie w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny.	Tak	
20	Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy	Tak	
21	Dojazdy, przyjazdy pracowników serwisu, robocizn oraz inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancji	Tak	
22	Sprzęt musi posiadać Certyfikat CE	Tak	