###### **Załącznik nr 1.a) - modyfikacja**

**Sprawa nr ZP/2/2019**

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

Pieczęć Wykonawcy

**Pakiet nr 1**

Rodzaj sprzętu:

**Ciśnieniomierz elektroniczny naramienny z mankietem oraz zasilaczem 250 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Przedstawione poniżej parametry techniczne i użytkowe stanowią wymagania graniczne - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018/2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 poz. 211 t.j. ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | IP22 |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Typ ciśnieniomierza automatyczny naramienny | Tak |  |
| 2 | Funkcja wykrywania nieregularnego tętna | Tak |  |
| 3 | Metoda pomiaru oscylometryczna | Tak |  |
| 4 | Automatyczny zawór uwalniania powietrza | Tak |  |
| 5 | Pompowanie: funkcja Fuzzy-logic kontrolowana pompą elektryczną | Tak |  |
| 6 | Rozdzielczość pomiaru 1 [mmHg] | Tak |  |
| 7 | Zakres pomiaru ciśnienia 0 do 299 [mmHg] | Tak |  |
| 8 | Zakres pomiaru tętna 40 do 180 [uderzeń/min] | Tak |  |
| 9 | Dokładność pomiaru ciśnienia +/- 3 mmHg | Tak |  |
| 10 | Pamięć 2 x 60 pomiarów | Tak |  |
| 11 | Temperatura działania 10 do 40 [st.C] | Tak |  |
| 12 | Temperatura przechowywania -20 do 60 [st.C] | Tak |  |
| 13 | Mankiet 22 - 42 cm | Tak |  |
| 14 | Waga 280g (bez baterii) | Tak |  |
| 15 | Wymiary 107 x 79 x 141 mm | Tak |  |
| 16 | Zasilanie 4 baterie 1,5V AA lub zasilacz | Tak |  |
| 17 | Wyłączanie automatyczne | Tak |  |
| 18 | Zasilacz sieciowy | TAK |  |
| 19 | Wskaźnik niskiego poziomu baterii | Tak |  |
| 20 | 3 liniowy wyświetlacz LCD (c.skurczowe/c.rozkurczowe/tętno) | Tak |  |
| 21 | Duży wyświetlacz i przyciski | Tak |  |
| 22 | Wskaźnik prawidłowo założonego mankietu | Tak |  |
| 23 | Czujnik poruszenia podczas pomiaru | Tak |  |
| 24 | Funkcja diagnozowania nadciśnienia: Symbol | Tak |  |
| 25 | Średnia z 3 wyników pomiarów | Tak |  |
| 26 | Zatwierdzony klinicznie: Zgodnie z Międzynarodowym Protokołem Badań- Walidacja | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu | TAK |  |
| 3 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 4 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (max 3 naprawy) | Tak, podać |  |
| 5 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

###### **Załącznik nr 1.a) - modyfikacja**

**Sprawa nr ZP/2/2019**

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

Pieczęć Wykonawcy

**PAKIET nr 2**

Rodzaj sprzętu

**Termometr bezdotykowy 80 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Przedstawione poniżej parametry techniczne i użytkowe stanowią wymagania graniczne - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018/2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn., że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 poz. 211 t.j. ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | IP22 |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Bezdotykowy termometr na podczerwień | Tak |  |
| 2 | Mierzący temperaturę ok 5-6 cm od powierzchni ciała | Tak |  |
| 3 | Wyświetlacz LCD oraz projektor temperatury na ciele | Tak |  |
| 4 | Odczyt temperatury w 1 sekundę | Tak |  |
| 5 | Zakres pomiaru temperatury ciała 34,0-42,5◦C | Tak |  |
| 6 | Termometr na 4 baterie AAA minimum 20 000 pomiarów | Tak |  |
| 7 | Termometr posiadający LED-owy sensor odległości do pomiaru temperatury | Tak |  |
| 8 | Termometr posiadający szybką ręczna kalibrację do temperatury otoczenia | Tak |  |
| 9 | Termometr posiadający wskazania do pomiaru w inkubatorze | Tak |  |
| 10 | Szkolenie z zakresu obsługi | Tak |  |
| 11 | Możliwość wyboru 3 rożnych trybów pomiaru (oralny, odbytniczy i pachwinowy) | Tak |  |
| 12 | Możliwość ustawienia w tryb pracy : NURS (pielęgniarka) DOCT (doktor) AIR (klimatyzacja) | Tak |  |
| 13 | Alarm świetlny przy 38◦C | Tak |  |
| 14 | Świadectwo wzorcowania | Tak |  |
| 15 | Dodatkowy termometr wzorcowy wydany przez producenta | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu | TAK |  |
| 3 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 4 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48 h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 5 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (max 3 naprawy) | Tak, podać |  |
| 6 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

###### **Załącznik nr 1.a) - modyfikacja**

**Sprawa nr ZP/2/2019**

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

Pieczęć Wykonawcy

**PAKIET NR 3**

Rodzaj sprzętu

**Termo-higrometr elektroniczny z dodatkową sondą na kablu 230 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Przedstawione poniżej parametry techniczne i użytkowe stanowią wymagania graniczne - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018/2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 poz. 211 t.j. ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Ochrona przed wilgocią | IP22 |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | temperatura (czujnik wewnętrzny) 0...+50oC | Tak |  |
| 2 | temperatura (czujnik na kablu) -40...+70°C | Tak |  |
| 3 | rozdzielczość wskazania 0,1oC | Tak |  |
| 4 | dokładność pomiaru ±1oC w zakresie 0...40°C, poza ±1,5oC | Tak |  |
| 5 | wskazanie w oC lub oF | Tak |  |
| 6 | pamięć wartości MIN/MAX | Tak |  |
| 7 | wilgotność względna wnętrza 20...99%RH | Tak |  |
| 8 | rozdzielczość wskazania 1%RH | Tak |  |
| 9 | dokładność pomiaru ±5%RH w zakresie 30...80%RH, poza ±7%RH | Tak |  |
| 10 | pamięć wartości pomiarowych maksymalnych i minimalnych   od ostatniego skasowania pamięci (lub włożenia baterii) | Tak |  |
| 11 | wymiary 134 x 18 (75) x 91 mm | Tak |  |
| 12 | ciężar ok 110 g | Tak |  |
| 13 | zasilanie 1x bateria AAA 1,5V | Tak |  |
| 14 | dokument metrologiczny - **świadectwo wzorcowania**. | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Deklaracja zgodności, CE  oraz wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu (o ile dotyczy) | TAK |  |
| 3 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 4 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48 h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 5 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (max 3 naprawy) | Tak, podać |  |
| 6 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel, fax |  |

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

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

###### **Załącznik nr 1.a) - modyfikacja**

**Sprawa nr ZP/2/2019**

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

Pieczęć Wykonawcy

**PAKIET NR 4 poz. a)**

Rodzaj sprzętu

**Ssaki Próżniowe do punktu poboru 70 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Przedstawione poniżej parametry techniczne i użytkowe stanowią wymagania graniczne - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018/2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 poz. 211 t.j. ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Regulator próżni wykonany z tworzywa (bez elementów metalowych) o uproszczonym sposobie obsługi | Tak |  |
| 2 | Zakres regulacji 0-1000 mbar | Tak |  |
| 3 | Stopień siły ssania 115 l/min+/- 5l/min do -950 bar | Tak |  |
| 4 | System regulacji ssania za pomocą membrany stabilizującej | Tak |  |
| 5 | System precyzyjnego ustawienia siły ssania | Tak |  |
| 6 | Wakuometr w obudowie zabezpieczającej przed zniszczeniem wykonanej z tworzywa | Tak |  |
| 7 | System szybkiego odcinania siły ssania | Tak |  |
| 8 | Obudowa umożliwiająca dokonanie czyszczenia wewnętrznych elementów bez użycia jakichkolwiek narzędzi | Tak |  |
| 9 | System zabezpieczenia antyprzelewowego z mechanizmem wewnętrznym szybkiego odcinania | Tak |  |
| 10 | Wewnętrzny system filtrów bakteriobójczych | Tak |  |
| 11 | System szybkiego sprzęgania z systemem zabezpieczenia (obrót nie większy niż 90◦) | Tak |  |
| 12 | Wtyk DIN | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 3 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

###### **Załącznik nr 1.a) - modyfikacja**

**Sprawa nr ZP/2/2019**

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

Pieczęć Wykonawcy

**PAKIET NR 4 poz. b)**

Rodzaj sprzętu

**Urządzenie do mierzenia przepływu tlenu medycznego 100 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Przedstawione poniżej parametry techniczne i użytkowe stanowią wymagania graniczne - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty\*.**

\*- nie dotyczy punktu II.4 i II.5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018/2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 poz. 211 t.j. ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Dozownik tlenu z nastawem skokowym o przepływie 0-30 l/min z możliwością precyzyjnego nastawu przepływu | Tak |  |
| 2 | Obudowa urządzenia wstrząsoodporna, wykonana z odpornego na działania czynników zewnętrznych (promienie UV, środki dezynfekujące) | Tak |  |
| 3 | Ciśnienie 280-600 kPa | Tak |  |
| 4 | Urządzenie posiada zawór szybkiego zamykania ON/OFF | **Tak/ Nie** |  |
| 5 | Dwa wejścia do stosowania zamiennie o różnych średnicach –możliwość samodzielnej wymiany przez użytkowników | **Tak/ Nie** |  |
| 6 | Końcówka wejściowa do punktu poboru DIN | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 3 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

###### **Załącznik nr 1.a) - modyfikacja**

**Sprawa nr ZP/2/2019**

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

Pieczęć Wykonawcy

**PAKIET NR 4 poz. c)**

Rodzaj sprzętu

**Ssaki Próżniowe montowane do szyny 20 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Przedstawione poniżej parametry techniczne i użytkowe stanowią wymagania graniczne - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018/2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 poz. 211 t.j. ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Regulator próżni wykonany z tworzywa (bez elementów metalowych) o uproszczonym sposobie obsługi | Tak |  |
| 2 | Zakres regulacji 0-1000 mbar | Tak |  |
| 3 | Stopień siły ssania 115 l/min+/- 5l/min do -950 bar | Tak |  |
| 4 | System regulacji ssania za pomocą membrany stabilizującej | Tak |  |
| 5 | System precyzyjnego ustawienia siły ssania | Tak |  |
| 6 | Wakuometr w obudowie zabezpieczającej przed zniszczeniem wykonanej z tworzywa | Tak |  |
| 7 | System szybkiego odcinania siły ssania | Tak |  |
| 8 | Obudowa umożliwiająca dokonanie czyszczenia wewnętrznych elementów bez użycia jakichkolwiek narzędzi | Tak |  |
| 9 | System zabezpieczenia antyprzelewowego z mechanizmem wewnętrznym szybkiego odcinania | Tak |  |
| 10 | Wewnętrzny system filtrów bakteriobójczych | Tak |  |
| 11 | System szybkiego sprzęgania z systemem zabezpieczenia (obrót nie większy niż 90◦) | Tak |  |
| 12 | Wtyk DIN | Tak |  |
| 13 | Uchwyt szynowy zespolony z wężem o długości 2m | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 3 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

###### **Załącznik nr 1.a) - modyfikacja**

**Sprawa nr ZP/2/2019**

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

Pieczęć Wykonawcy

**PAKIET NR 4 poz. d)**

Rodzaj sprzętu

**Urządzenie do mierzenia przepływu tlenu medycznego montowany do szyny 20 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Przedstawione poniżej parametry techniczne i użytkowe stanowią wymagania graniczne - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty\*.**

\*- nie dotyczy punktu II.5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018/2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 poz. 211 t.j. ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Dozownik tlenu z nastawem skokowym o przepływie 0-30 l/min z możliwością precyzyjnego nastawu przepływu. Montowany do szyny | Tak |  |
| 2 | Obudowa urządzenia wstrząsoodporna, wykonana z odpornego na działania czynników zewnętrznych (promienie UV, środki dezynfekujące) | Tak |  |
| 3 | Ciśnienie 280-600 kPa | Tak |  |
| 4 | Urządzenie posiada zawór szybkiego zamykania ON/OFF | Tak |  |
| 5 | Dwa wejścia do stosowania zamiennie o różnych średnicach –możliwość samodzielnej wymiany przez użytkowników | **Tak/Nie** |  |
| 6 | Końcówka wejściowa do punktu poboru DIN | Tak |  |
| 7 | Przewód 2m zespolony z uchwytem mocowania szynowego | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 3 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

###### **Załącznik nr 1.a) - modyfikacja**

**Sprawa nr ZP/2/2019**

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

Pieczęć Wykonawcy

**PAKIET NR 4 poz. e)**

Rodzaj sprzętu

**Butelka nawilżacza 50 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Przedstawione poniżej parametry techniczne i użytkowe stanowią wymagania graniczne - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018/2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 poz. 211 t.j. ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Nawilżacz wielorazowy o pojemności 210 ml | Tak |  |
| 2 | Butla poliwęglanowa z głowicą wykonaną z ABS z nakrętka wykonaną z chromowanego mosiądzu | Tak |  |
| 3 | Możliwość sterylizacji w temp 121◦C 15 min | Tak |  |
| 4 | Rurka rozpraszająca wykonana z poliwęglanu | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 12 m-cy) | Tak, podać |  |
| 3 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

###### **Załącznik nr 1.a) - modyfikacja**

**Sprawa nr ZP/2/2019**

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

Pieczęć Wykonawcy

**PAKIET NR 4 poz. f)**

Rodzaj sprzętu

**Pojemnik bezpieczeństwa do regulatora próżni 50 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Przedstawione poniżej parametry techniczne i użytkowe stanowią wymagania graniczne - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018/2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 poz. 211 t.j. ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Pojemnik bezpieczeństwa wykonany z polisulfonu | Tak |  |
| 2 | Możliwość sterylizacji w temp 134◦C 18min. | Tak |  |
| 3 | System szybkiego sprzęgania z regulatorem próżni, bez przykręcania. | Tak |  |
| 4 | Pojemność 50ml | Tak |  |
| 5 | Posiada wymienialny, wewnętrzny filtr antybakteryjny | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 3 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

###### **Załącznik nr 1.a) - modyfikacja**

**Sprawa nr ZP/2/2019**

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

Pieczęć Wykonawcy

**PAKIET NR 4 poz. g)**

Rodzaj sprzętu

**Butelka nawilżacza 50 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Przedstawione poniżej parametry techniczne i użytkowe stanowią wymagania graniczne - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018/2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 poz. 211 t.j. ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Nawilżacz wielorazowy o pojemności 200 ml | Tak |  |
| 2 | Butelka nawilżacza wykonana z polisulfonu z nakrętka wykonaną z chromowanego mosiądzu | Tak |  |
| 3 | Możliwość sterylizacji w temp 134°C – 5 min | Tak |  |
| 4 | Gwint 9/16 | Tak |  |
| 5 | Dyfuzor wykonany z polietylenu. | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 12 m-cy) | Tak, podać |  |
| 3 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

###### **Załącznik nr 1.a) - modyfikacja**

**Sprawa nr ZP/2/2019**

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

Pieczęć Wykonawcy

**PAKIET NR 4 poz. h)**

Rodzaj sprzętu

**Urządzenie do mierzenia przepływu tlenu medycznego 30 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Przedstawione poniżej parametry techniczne i użytkowe stanowią wymagania graniczne - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018/2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 poz. 211 t.j. ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Dozownik tlenu z nastawem skokowym o przepływie 0-25 l/min z możliwością precyzyjnego nastawu przepływu | Tak |  |
| 2 | Obudowa urządzenia wykonana z niklo - chromowanego mosiądzu, pokrętło nastawu przepływu wykonane z polimeru | Tak |  |
| 3 | Ciśnienie 2,8 – 8 bar | Tak |  |
| 4 | Urządzenie posiada ruchomą końcówkę umożliwiającą wykorzystanie urządzenia w różnych warunkach. | Tak |  |
| 5 | Samocentrujące pokrętło przepływomierza z dwoma okienkami przepływu – z boku i z przodu urządzenia. | Tak |  |
| 6 | Końcówka wejściowa do punktu poboru DIN | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 3 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

###### **Załącznik nr 1.a) - modyfikacja**

**Sprawa nr ZP/2/2019**

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

Pieczęć Wykonawcy

**PAKIET NR 5 poz. a)**

Rodzaj sprzętu

**Ssaki Próżniowe do punktu poboru 110 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Przedstawione poniżej parametry techniczne i użytkowe stanowią wymagania graniczne - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018/2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 poz. 211 t.j. ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Regulator próżni wykonany z tworzywa (bez elementów metalowych) o uproszczonym sposobie obsługi | Tak |  |
| 2 | Zakres regulacji 0-1000 mbar | Tak |  |
| 3 | Stopień siły ssania 115 l/min+/- 5l/min do -950 bar | Tak |  |
| 4 | System regulacji ssania za pomocą membrany stabilizującej | Tak |  |
| 5 | System precyzyjnego ustawienia siły ssania | Tak |  |
| 6 | Wakuometr w obudowie zabezpieczającej przed zniszczeniem wykonanej z tworzywa | Tak |  |
| 7 | System szybkiego odcinania siły ssania | Tak |  |
| 8 | Obudowa umożliwiająca dokonanie czyszczenia wewnętrznych elementów bez użycia jakichkolwiek narzędzi | Tak |  |
| 9 | System zabezpieczenia antyprzelewowego z mechanizmem wewnętrznym szybkiego odcinania | Tak |  |
| 10 | Wewnętrzny system filtrów bakteriobójczych | Tak |  |
| 11 | System szybkiego sprzęgania z systemem zabezpieczenia (obrót nie większy niż 90◦) | Tak |  |
| 12 | Wtyk AGA | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 3 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

###### **Załącznik nr 1.a) - modyfikacja**

**Sprawa nr ZP/2/2019**

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

Pieczęć Wykonawcy

**PAKIET NR 5 poz. b)**

Rodzaj sprzętu

**Urządzenie do mierzenia przepływu tlenu medycznego 110 szt.**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Przedstawione poniżej parametry techniczne i użytkowe stanowią wymagania graniczne - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty\*.**

\*- nie dotyczy punktu II.5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018/2019, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 poz. 211 t.j. ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Dozownik tlenu z nastawem skokowym o przepływie 0-15 l/min z możliwością precyzyjnego nastawu przepływu | Tak |  |
| 2 | Obudowa urządzenia wstrząsoodporna, wykonana z odpornego na działania czynników zewnętrznych (promienie UV, środki dezynfekujące) | Tak |  |
| 3 | Ciśnienie 280-600 kPa | Tak |  |
| 4 | Urządzenie posiada zawór szybkiego zamykania ON/OFF | Tak |  |
| 5 | Dwa wejścia do stosowania zamiennie o różnych średnicach –możliwość samodzielnej wymiany przez użytkowników | **Tak/Nie** |  |
| 6 | Końcówka wejściowa do punktu poboru AGA | Tak |  |
| 7 | Nawilżacz z systemem rozpraszania o parametrach:  -Butla poliwęglanowa z głowicą wykonaną z ABS z nakrętka wykonaną z chromowanego mosiądzu  -Pojemność zbiornika 210 ml  -Możliwość sterylizacji w temp 121◦C  -Rurka rozpraszająca wykonana z poliwęglanu | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 3 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy