**Zestawienie parametrów Załącznik nr 9 do SIWZ**

**Zadanie 1**

**REJESTARTOR HOLTEROWSKI**

 Nazwa: ..............................................................

 Producent: ..............................................................

 Typ, model: ..............................................................

 **Rok produkcji: min. 2018 r. …………………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
|  | Rejestrator holtera ciśnienia współpracujący z oprogramowaniem Profil Manager3 | TAK PODAĆ |  |
|  | Pomiar metodą oscylometryczna | TAK PODAĆ |  |
|  | Badanie minimum 24 godzin | TAK PODAĆ |  |
|  | Badanie przedłużone powyżej 48 godzin | TAK PODAĆ |  |
|  | Pamięć minimum 350 pomiarów | TAK PODAĆ |  |
|  | 1 kpl akumulatorów zapewnia wykonanie nie mniej niż 350 pomiarów | TAK PODAĆ |  |
|  | Wymiana akumulatorów nie powoduje utraty ustawień rejestratora ani danych pomiarowych | TAK PODAĆ |  |
|  | Zakres pomiarowy ciśnienia nie mniej niż 40-280 mmHg | TAK PODAĆ |  |
|  | Zakres pomiarowy tętna nie mniej niż 40-200bpm | TAK PODAĆ |  |
|  | Programowalne interwały pomiarowe w zakresie min. 5-120minut | TAK PODAĆ |  |
|  | Przedziały dzień/noc zaprogramowane lub przełączane przez pacjenta | TAK PODAĆ |  |
|  | Pomiar na żądanie | TAK PODAĆ |  |
|  | Automatyczne zaznaczanie pomiarów na żądanie | TAK PODAĆ |  |
|  | Funkcja natychmiastowego przerwania pomiaru | TAK PODAĆ |  |
|  | Automatyczne dostosowanie ciśnienia pompowania do ciśnienia pacjenta | TAK PODAĆ |  |
|  | Dodatkowe mechaniczne zabezpieczenie przed nadmiernym ciśnieniem w mankiecie | TAK PODAĆ |  |
|  | Waga nie większa niż 220g | TAK PODAĆ |  |
|  | Małe wymiary- nie większe niż 75x30x100mm  | TAK PODAĆ |  |
|  | Zasilanie z nie więcej niż z 3 akumulatorów typu AA | TAK PODAĆ |  |
|  | Wyświetlacz z wyświetlaniem daty i czasu, parametrów mierzonych oraz statusu aparatu | TAK PODAĆ |  |
|  | Funkcja blokady wyświetlania parametrów mierzonych na wyświetlaczu | TAK PODAĆ |  |
|  | Sygnalizacja rozładowania akumulatorów | TAK PODAĆ |  |
|  | Sygnalizacja nieszczelności | TAK PODAĆ |  |
|  | System wyposażony w mankiety oryginalne producenta w rozmiarze standard i dla osoby otyłej | TAK PODAĆ |  |
|  | Możliwość uzupełnienia systemu o materiałowe osłonki higieniczne na mankiet | TAK PODAĆ |  |
|  | W zestawie ładowarka + 2 kpl. akumulatorów typu AA | TAK PODAĆ |  |
|  | W zestawie etui na rejestrator | TAK PODAĆ |  |
|  | W zestawie wygodne opakowanie do przenoszenia i przechowywania systemu | TAK PODAĆ |  |
|  | Deklaracja zgodności, CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAK PODAĆ |  |
|  | Instrukcja pisemna w języku polskim | TAK PODAĆ |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK PODAĆ |  |
|  | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK PODAĆ |  |
|  | Czas reakcji serwisu max. 48 godz. | TAK PODAĆ |  |
|  | Adres i siedziba serwisu technicznego oraz tel i fax | TAK PODAĆ |  |

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia towaru spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany towar jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

.......................................................... Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania wykonawcy

**Zadanie 2**

**Materac p/odleżynowy**

 Nazwa: .............................................................

 Producent: ..............................................................

 Typ, model: .............................................................

 **Rok produkcji: min 2018r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Wymiary materaca – 190x85x11 cm (dł. z wyłogami 280cm) (+/- 10cm) | TAK PODAĆ |  |
| 2 | 17 komór poprzecznych o wysokości 11cm  | TAK PODAĆ |  |
| 3 | Maksymalne obciążenie 140 kg | TAK PODAĆ |  |
| 3 | Pokrowiec wodoodporny, para przepuszczalny.Komory materaca z systemem osuszania ciała pacjenta.Materiał komory nylon/PCVMateriał pokrowiec nylon/PCVZapasowa komora powietrzna. | TAK PODAĆ |  |
| 4 | Dane techniczne pompy:Czas cyklu 10 min,Ciśnienie pompy 30-110 mmHgZasilanie 220V/50 HzPobór mocy 5W | TAK PODAĆ |  |
| 5 | Czas reakcji serwisu max. 48 godz. | TAK PODAĆ |  |
| 6 | Gwarancja min. 24 miesiące  | TAK PODAĆ |  |
| 7 | Adres i siedziba serwisu technicznego oraz tel i fax | TAK PODAĆ |  |

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia towaru spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany towar jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

........................................................................... Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy

**Zadanie 3**

**Rolki do przesuwania pacjenta**

 Nazwa: .............................................................

 Producent: ..............................................................

 Typ, model: .............................................................

 **Rok produkcji: min 2018r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Rolki do przesuwania pacjenta o wymiarach 1100x395mm (+/- 10cm) | TAK PODAĆ |  |
| 2 | Powierzchnia robocza 640x395 mm (+/- 10cm) | TAK PODAĆ |  |
| 3 | Udźwig 130 kg  | TAK PODAĆ |  |
| 4 | Wykonane z ramy duraluminiowej, ekoskóra odporna na uszkodzenia i dezynfekcje  | TAK PODAĆ |  |
| 5 | Gwarancja min. 24 miesiące  | TAK PODAĆ |  |

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia towaru spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany towar jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

........................................................................... Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

 do reprezentowania Wykonawcy