**Przetarg nr UMW / IZ / PN - 32 / 19 część D Załącznik nr 2 D do Siwz**

***(po korekcie – 10. 05. 2019 r.)***

**Arkusz Informacji Technicznej**

**Poz. 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **PODGRZEWACZ PŁYNÓW INFUZYJNYCH** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **9** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2018/2019** | | |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | | | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane (Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy.  W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** | | | | | |
| **1.** | | Urządzenie do podgrzewania płynów infuzyjnych i krwi | | TAK |  |
| **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| **2.** | | Możliwość użytkowania standardowych drenów do przetoczeń o średnicy 4,1-5,0 mm | | TAK |  |
| **3.** | | (skreślony) | |  |  |
| **4.** | | Regulacja temperatury w przedziale co najmniej 36-39 ⁰C | | TAK |  |
| **5.** | | Możliwość pracy ciągłej | | TAK |  |
| **6.** | | Wyświetlacz umożliwiający kontrolę temperatury | | TAK |  |
| **7.** | | Alarm dźwiękowy i wizualny zbyt wysokiej temperatury | | TAK |  |
| **8.** | | Zasilanie 100-240 V, 50/60 Hz | | TAK |  |
| **9.** | | Możliwość mocowania za pomocą uchwytu lub klamry do stojaków kroplówek oraz możliwość zawieszenia za pomocą paska | | TAK |  |
| **GWARANCJA** | | | | | |
|  | Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego. | | | TAK , PODAĆ |  |
| Punktacja (0-10):  12-24 miesięcy – 0 pkt.,  25–36 miesięcy – 5 pkt.,  powyżej 36 miesięcy – 10 pkt |

**Poz. 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **Fonendoskop internistyczny** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **12** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2018/2019** | | |
| L.p. | Specyfikacja techniczna. | | | Wymagania graniczne. | Parametry oferowane (Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy.  W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów). |
| DANE PODSTAWOWE | | | | | |
| 1. | | Fonendoskop do osłuchiwania pacjenta, głównie jego płuc, serca i jamy brzusznej. | | TAK |  |
| SKŁAD ZESTAWU | | | | | |
| 2. | | - fonendoskop internistyczny składający się z oliwek, liry, przewodu oraz głowicy wraz z pierścieniami otaczającymi głowicę,  - komplet zapasowych oliwek,  - zapasowa membrana,  - instrukcja użytkowania fonendoskopu,  - karta gwarancyjna | | TAK |  |
| DANE TECHNICZNE | | | | | |
| 3. | | - materiał, z którego wykonana jest głowica: stal nierdzewna lub aluminium  - rodzaj oliwek: miękkie,  - rodzaj głowicy: dwustronna,  - produkt niezawierający lateksu | | TAK |  |
| GWARANCJA | | | | | |
|  | Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego. | | | TAK , PODAĆ |  |
| Punktacja (0-10):  12-24 miesięcy – 0 pkt.,  25–36 miesięcy – 5 pkt.,  powyżej 36 miesięcy – 10 pkt |

**Poz. 3**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **Fonendoskop pediatryczny** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **6** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2018/2019** | | |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | | | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane (Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy.  W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| DANE PODSTAWOWE | | | | | |
| 1. | | Fonendoskop pediatryczny służący do osłuchiwania pacjenta pediatrycznego, głównie jego płuc, serca i jamy brzusznej. | | TAK |  |
| SKŁAD ZESTAWU | | | | | |
| 2. | | - fonendoskop pediatryczny składający się z oliwek, liry, przewodu oraz głowicy wraz z pierścieniami otaczającymi głowicę,  - komplet zapasowych oliwek,  - zapasowa membrana,  - instrukcja użytkowania fonendoskopu,  - karta gwarancyjna | | TAK |  |
| DANE TECHNICZNE | | | | | |
| 3. | | - materiał, z którego wykonana jest głowica: stal nierdzewna lub aluminium  - rodzaj oliwek: miękkie  - rodzaj głowicy: dwustronna,  - produkt niezawierający lateksu | | TAK |  |
| GWARANCJA | | | | | |
|  | Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego. | | | TAK , PODAĆ |  |
| Punktacja (0-10):  12-24 miesięcy – 0 pkt.,  25–36 miesięcy – 5 pkt.,  powyżej 36 miesięcy – 10 pkt |

**Poz. 4**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **CIŚNIENIOMIERZ** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **6** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2018/2019** | | |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | | | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane (Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy.  W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| DANE PODSTAWOWE | | | | | |
| 1. | | Ciśnieniomierz do pomiaru poziomu ciśnienia tętniczego krwi | | TAK |  |
| DANE TECHNICZNE | | | | | |
| 1. 3. | | • Zakres pomiarowy: co najmniej 0-300 mmHg  • Metalowa obudowa • Czytelna tarcza o średnicy co najmniej 45 mm • Estetyczne wykonanie • Stetoskop • Mankiet dla dorosłych (co najmniej 23-32cm) | | TAK |  |
| GWARANCJA | | | | | |
|  | Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego. | | | TAK , PODAĆ |  |
| Punktacja (0-10):  12-24 miesięcy – 0 pkt.,  25–36 miesięcy – 5 pkt.,  powyżej 36 miesięcy – 10 pkt |

**Poz. 5**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **CIŚNIENIOMIERZ PEDIATRYCZNY** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **3** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2018/2019** | | |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | | | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane (Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy.  W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** | | | | | |
| 1. | | Ciśnieniomierz do pomiaru poziomu ciśnienia tętniczego krwi | | TAK |  |
| DANE TECHNICZNE | | | | | |
| 1. 3. | | • Zakres pomiarowy: co najmniej 0-300 mmHg  • Metalowa obudowa • Czytelna tarcza  • Estetyczne wykonanie • Stetoskop • Mankiet pediatryczny | | TAK |  |
| GWARANCJA | | | | | |
|  | Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego. | | | TAK , PODAĆ |  |
| Punktacja (0-10):  12-24 miesięcy – 0 pkt.,  25–36 miesięcy – 5 pkt.,  powyżej 36 miesięcy – 10 pkt |

**Poz. 6**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **Młotek neurologiczny** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **4** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2018/2019** | | |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | | | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane (Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy.  W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| DANE PODSTAWOWE | | | | | |
| **1.** | | Młotek neurologiczny z igłą do badania głębokich odruchów ścięgnistych. | | TAK |  |
| SKŁAD ZESTAWU | | | | | |
| **2.** | | - Młotek neurologiczny  - Końcówka Babińskiego | | TAK |  |
| DANE TECHNICZNE | | | | | |
| **3.** | | - Metalowa rękojeść | | TAK |  |
| **GWARANCJA** | | | | | |
|  | Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego. | | | TAK |  |

**Poz. 7**

|  |  |
| --- | --- |
| **Staza taktyczna treningowa z zestawem opatrunków** | |
| **Nazwa** |  |
| **Typ** |  |
| **Wytwórca** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Liczba szt.** | **9** |
| **Rok produkcji:** | **2018/2019** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | | **Wymagania graniczne\* i/lub ocena punktowa.** | **Parametry oferowane (Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy.  W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **1.** | | Konstrukcja umożliwia założenie opaski na dowolnej kończynie zarówno prawą jak i lewą ręką | TAK |  |
| **2.** | | System zamknięcia i blokady kołowrotu zabezpiecza opaskę przed przypadkowym rozpięciem. | TAK |  |
| **3.** | | Pas wykonany z miękkiego oddychającego materiału zapobiegającego otarciom i odparzeniom skóry | TAK |  |
| WYPOSAŻENIE DODATKOWE | | | | |
| **4.** | | Środki hemostatyczne w formie opatrunku 2szt. dla jednej stazy. | TAK, podać jakie |  |
| **5.** | | Zestaw opatrunków: gaza niejałowa metrowa, opaski elastyczne 10 i 15cm, opaski dziane 10 i 15cm, kompresy gazowe 10x10cm pakiet. W zestawie po 5 sztuk każdego rodzaju. | TAK |  |
| GWARANCJA I WARUNKI SERWISOWE | | | | | |
| 6. | | Okres gwarancji – minimum 24 miesiące licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego. | | TAK |  |
| Punktacja (0-10):  24 miesiące – 0 pkt.,  25–36 miesięcy – 5 pkt.,  powyżej 36 miesięcy – 10 pkt. |

**Poz. 8**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **Zestaw do szybkiej infuzji/przetoczeń** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **9** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2018/2019** | | |
| **L.p.** | **Specyfikacja techniczna.** | | | **Wymagania graniczne.** | **Parametry oferowane (Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy.  W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
| **DANE PODSTAWOWE** | | | | | |
| 1. | | Zestaw do szybkiej infuzji lub przetoczeń do podawania roztworów w elastycznym opakowaniu, bez wykorzystania siły grawitacji. | | TAK |  |
| SKŁAD ZESTAWU | | | | | |
| 2. | | - manometr  - mankiet  - gruszka | | TAK |  |
| WYPOSAŻENIE DODATKOWE | | | | | |
| 3. | | Kaniule dożylne w rozmiarach dla dzieci i dorosłych w rozmiarach 14G, 17G, 18G, 20G, 24G – nie więcej niż po 1 opakowaniu w sumie. | | Tak |  |
| 4. | | Przyrząd do przetoczeń płynów infuzyjnych, nie więcej niż 12szt. w sumie. | | Tak |  |
| 5. | | Plastry mocujące do kaniul dożylnych nie więcej niż 1 op. w sumie. | | Tak |  |
| DANE TECHNICZNE | | | | | |
| 6. | | - pojemność – co najmniej 0,5L - manometr z dużą skalą  - ochrona manometru gumową obręczą  - gruszka - Zakres ciśnienia wspomagania przetoczeń: co najmniej 0-300 mmHg | | TAK |  |
| WYPOSAZENIE DODATKOWE | | | | | |
| 7. | | Zestaw umożliwiający podłączenie aparatu do szybkiej infuzji:  - staza do pobierania krwi 1szt dla jednego aparatu  - kaniule dożylne (20 i 18G) po jednym pudełku dla całego zestawu  - kompresy 5x5 po 2 pakiety dla jednego aparatu  - okleiny do mocowania kaniul dożylnych 4 opakowania dla całego zestawu | | TAK |  |
| GWARANCJA | | | | | |
| 8. | Okres gwarancji – minimum 12 miesięcy licząc od dnia podpisania protokołu odbioru potwierdzającego prawidłową dostawę przedmiotu w infrastrukturze Zamawiającego. | | | TAK , PODAĆ |  |
| Punktacja (0-10):  12-24 miesięcy – 0 pkt.,  25–36 miesięcy – 5 pkt.,  powyżej 36 miesięcy – 10 pkt |

**Poz. 9**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Podstawowe narzędzia chirurgiczne** | | | | |
| **Nazwa** | |  | | |
| **Typ** | |  | | |
| **Wytwórca** | |  | | |
| **Kraj pochodzenia** | |  | | |
| **Liczba kompletów** | | **8** | | |
| **Rok produkcji:** | | **2018/2019** | | |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Narzędzia wykonane ze stali narzędziowej | | TAK |  |
|  | Narzędzia odporne na korozję | | TAK |  |
|  | Narzędzia matowane, hartowane próżniowo, wstępna pasywacja przez producenta | | TAK |  |
|  | * Nożyczki chirurgiczne tępo-ostre proste, długość160-165mm * Kleszcze kocher zakrzywione – 240-300mm * Nici niewchłanialne w rozmiarze 1 * Trzonek do skalpela, długość 130-135 mm * Ostrze chirurgiczne o zaokrąglonej krawędzi tnącej nr 20 * Pojemnik na instrumenty chirurgiczne o wymiarach 300/200/80 lub 300/282/94mm, wykonany ze stali chirurgicznej, wielokrotnego użytku, może być poddawany procesowi sterylizacji, zamykany. | | TAK |  |
|  | Zestaw do drenażu klatki piersiowej, w którego skład wchodzi poza narzędziami chirurgicznymi:  - zestaw do drenażu grawitacyjnego lub aktywnego z zastawką wodną – 6 sztuk w sumie.  - dren opłucnowy w rozmiarze 30F – 12 sztuk w sumie. | | Tak.  6 sztuk. |  |
|  | Gwarancja min. 12 miesięcy. | | TAK , PODAĆ  ≥ 60 miesięcy – 5 pkt.  Od 48 do 59 miesięcy – 4 pkt.  Od 36 do 48 miesięcy – 3 pkt.  Od 24 do 36 miesięcy – 2 pkt.  Od 12 do 24 miesięcy – 1 pkt |  |

**Poz. 10**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dozownik tlenowy** | | | | |
| **Nazwa** | |  | | |
| **Typ** | |  | | |
| **Producent** | |  | | |
| **Kraj pochodzenia** | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | **6** | | |
| **Rok produkcji:** | | **2018/2019** | | |
| **Lp.** | **OPIS** | | **Wymagania graniczne\* i/lub ocena punktowa.** | **Parametry oferowane (Proszę opisać oraz podać zakresy, jeśli dotyczy.  W przypadku, jeśli Zamawiający podaje wartości minimalne lub dopuszczalny zakres, proszę podać dokładną wartość oferowanych parametrów).** |
|  | Dozownik tlenowy | | Tak |  |
|  | Dozownik tlenowy ze złączem DIN | | Tak |  |
|  | Precyzyjne dozowanie tlenu | | Tak |  |
|  | Wyrównywanie wahań ciśnienia wejściowego pomiędzy 2,8 bar i 8 bar poprzez zintegrowany zawór redukcyjny | | Tak |  |
|  | Samocentrujące pokrętło przepływomierza | | Tak |  |
|  | Króciec do podłączenia przewodu tlenowego | |  |  |
|  | Odczyt wskazań przepływomierza z boku i przodu reduktora | | Tak |  |
|  | Ruchoma końcówka przepływomierza (kąt wychylenia 360°) umożliwiające podłączenie m.in. maski, kaniuli, butli nawilżacza | | Tak |  |
|  | Przepływomierz nastawny w zakresie od 0-25 l/min | | Tak |  |
| 10. | Gwarancja min 24 miesięcy. | | Tak |  |

**Data Podpis Wykonawcy**