**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**