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

***(po korekcie – 10. 05. 2019 r.)***

**Arkusz Informacji Technicznej**

**Poz. 1**

|  |
| --- |
| **Unieruchomienie pediatryczne** |
| **Nazwa** |  |
| **Typ** |  |
| **Producent**  |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Liczba sztuk** | **3** |
| **Rok produkcji:** | **2018/2019** |
| **Lp.** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | do zastosowania dla dzieci w przedziale 2-10 lat | Tak |  |
|  | min. 4 uchwyty do przenoszenia oraz min 2 pętle do mocowania do noszy | Tak |  |
|  | wbudowane unieruchomienie głowy | Tak |  |
|  | system różnokolorowych pasów zabezpieczających | Tak |  |
|  | prześwietlne dla promieni X | Tak |  |
|  | wymiary minimalne (dł. X szer.) 120x20 cm | Tak |  |
|  | waga do 3 kg | Tak |  |
|  | udźwig min. 40 kg | Tak |  |
|  | torba transportowa | Tak |  |
|  | Gwarancja min 36 miesięcy. | ≥ 60 miesięcy – 5 pkt.Od 54 do 59 miesięcy – 4 pkt. Od 48 do 53 miesięcy – 3 pkt.Od 42 do 47 miesięcy – 2 pkt. Od 36 do 41 miesięcy – 1 pkt |  |

**Poz. 2**

|  |
| --- |
| **Pas do unieruchomienia złamań miednicy** |
| **Nazwa** |  |
| **Typ** |  |
| **Wytwórca** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Liczba szt.** | **10** |
| **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.** | **Pas do unieruchomienia złamań miednicy w rozmiarze standard.** | **TAK** |  |
| **2.** | **Pas umożliwiający całkowitą kontrolę siły zacisku (umożliwia zamknięcie niestabilnego złamania z optymalną siłą 150 N.**  | **TAK** |  |
| **3.** | **Automatycznie blokująca się klamra w przypadku użycia zbyt dużej siły – pow. 150 N.** |  |  |
| **4.** | **Możliwość przesuwania pasa pod poszkodowanym.** | **TAK** |  |
| **5.** | **Pas wykonany z materiału przenikalnego dla promieni X.** | **TAK** |  |
| **6.** | **Konstrukcja pasa umożliwia dostęp do jamy brzusznej i tętnic udowych oraz pozwala na cewnikowanie.** | **TAK** |  |
| **GWARANCJA I WARUNKI SERWISOWE** |
|  | **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. 3**

|  |
| --- |
| **Szyna wyciągowa** |
| **Nazwa** |  |
| **Typ** |  |
| **Wytwórca** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Liczba szt.** | **12** |
| **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.** | Szyna wyciągowa przeznaczona do stosowania u pacjentów z podejrzeniem złamania kończyny. Możliwość dostosowania wyciągu do różnych rozmiarów. | TAK |  |
| **2.** | Może być stosowana zarówno u osoby dorosłej , jak i u dzieci. | TAK |  |
| **3.** | Zestaw w pokrowcu | TAK |  |
| GWARANCJA I WARUNKI SERWISOWE |
|  | 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. 4**

|  |
| --- |
| **Szyny próżniowe** |
| **Nazwa** |  |
| **Typ** |  |
| **Producent**  |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Liczba sztuk/zestawów** | **2** |
| **Rok produkcji:** | **2018/2019** |
| **Lp.** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Zestaw składający się z 3 szyn:Na dłoń i nadgarstek.Na ramię.Na kończynę dolną.W rozmiarach uniwersalnych. | Tak |  |
|  | Wykonane z materiału odpornego na zabrudzenia  | Tak |  |
|  | Szyny zapinane na pasy z rzepami |  |  |
|  | Torba transportowa wykonana z wodoodpornego materiału, pompka dwukierunkowa | Tak |  |
|  | Gwarancja min 36 miesięcy. | ≥ 60 miesięcy – 5 pkt.Od 54 do 59 miesięcy – 4 pkt. Od 48 do 53 miesięcy – 3 pkt.Od 42 do 47 miesięcy – 2 pkt. Od 36 do 41 miesięcy – 1 pkt |  |

**Poz. 5**

|  |
| --- |
| **Nosze zbierakowe z funkcją deski ortopedycznej** |
| **Nazwa** |  |
| **Typ** |  |
| **Wytwórca** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Liczba szt.** | **6** |
| **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.** | Nosze podbierakowe z funkcją deski ortopedycznej | TAK |  |
| **2.** | Umożliwiające diagnostykę RTG – przezierne dla promieniowania rentgenowskiego | TAK  |  |
| **3.** | Wykonane z materiału łatwego w czyszczeniu i dezynfekcji | TAK |  |
| **4.** | Nosze odporne na płyny fizjologiczne: krew, wymiociny itp. | TAK |  |
| **5.** | Nosze pokryte polimerem HC3 dającym izolację termiczną pacjentowi – zapobieganie hipotermii, personelowi – dzięki czemu możliwa jest komfortowa praca w niskich temperaturach | TAK |  |
| **6.** | Wielostopniowa regulacja długości noszy umożliwiająca ich dopasowanie do wymiaru pacjenta w zakresie min 165 -201 cm | TAK |  |
| **7.** | Wyposażone w min 4 szt. pasów zabezpieczających o regulowanej długości mocowane do ramy noszy lub pasy pajęczynowe  | TAK |  |
| **8.** | Konstrukcja zamków spinających łopaty wykluczająca możliwość przypadkowego ich rozpięcia | TAK |  |
| **9.** | Konstrukcja noszy umożliwiająca ich rozchylenie do kąta min 120˚ | TAK |  |
| **10.** | Konstrukcja noszy umożliwiająca ich rozłożenie na dwie części | TAK |  |
| **11.** | Możliwość zmiany kąta nachylenia noszy do min 45˚ - dzięki czemu możliwe jest podjęcia pacjenta znajdującego się blisko ściany, przy krawędzi itp. | TAK |  |
| **12.** | Umożliwiające pełną stabilizację kręgosłupa – odległość pomiędzy dwoma łopatami noszy max 25 mm | TAK |  |
| **13.** | Możliwość użycia noszy z systemem stabilizującym odcinek szyjny kręgosłupa, w zestawie stabilizator głowy umożliwiający szybkie rozłączenie i przekształcenie deski w nosze podbierakowe | TAK |  |
| **14.** | Nosze wyposażone w min 14 ergonomicznych zdystansowanych od podłoża uchwytów do przenoszenia, umieszczonych na obwodzie noszy, zrotowanych o kąt min 20˚ celem poprawienia chwytu, antypoślizgowych | TAK |  |
| **15.** | Możliwość złożenia ich w połowie długości celem łatwiejszego transportu, rozmiar po złożeniu max 120 cm wysokość | TAK |  |
| **16.** | Obciążenie dopuszczalne min 170 kg | TAK |  |
| **17.** | Waga max 11 kg | TAK |  |
| **18.** | Szerokość noszy min 43 cm | TAK |  |
| GWARANCJA I WARUNKI SERWISOWE |
|  | 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. 6**

|  |
| --- |
| **Materac podciśnieniowy** |
| **Nazwa** |  |
| **Typ** |  |
| **Producent**  |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Liczba sztuk** | **6** |
| **Rok produkcji:** | **2018/2019** |
| **Lp.** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | pokrycie materaca z PCV, środek wypełniony granulatem zbijającym się pod wpływem podciśnienia | Tak |  |
|  | min. 8 rączek do przenoszenia | Tak |  |
|  | min. 4 pasy z systemem szybkozłączy | Tak |  |
|  | dodatkowa dopinana podłoga do materaca | Tak |  |
|  | przenikliwy dla promieni X | Tak |  |
|  | możliwość użycia w pozycji zarówno siedzącej, jak i leżącej | Tak |  |
|  | w zestawie z pompką torbą transportową i zestawem naprawczym | Tak |  |
|  | waga max 10 kg  | Tak |  |
|  | Okres gwarancji – minimum 24 miesięcy | ≥ 60 miesięcy – 10 pkt.Od 54 do 59 miesięcy – 8 pkt. Od 48 do 53 miesięcy – 6 pkt.Od 42 do 47 miesięcy – 4 pkt. Od 36 do 41 miesięcy – 2 pktOd 24 do 35 miesięcy – 1 pkt |  |

 Data  Podpis Wykonawcy