Przetarg nr UMW / AZ / PN – 81 / 18 Załącznik nr 2 A do Siwz

*(po korekcie – 21. 08. 2018 r.)*

**ARKUSZ INFORMACJI TECHNICZNEJ**

**Poz. 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **Młotek neurologiczny** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Cena / szt.** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **12** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2017 lub 2018** | | |
| **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 , PODAĆ** |  |
| **Punktacja (0-10):**  **12-24 miesięcy – 0 pkt.,**  **25–36 miesięcy – 5 pkt.,**  **powyżej 36 miesięcy – 10 pkt** |

**Poz. 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **WAGA** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Cena / szt.** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **4** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2017 lub 2018** | | |
| **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.** | | **Waga elektroniczna z miernikiem BMI i wzrostomierzem** | | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** | | | | | |
| **2.** | | **- Waga z miernikiem BMI**  **- Ładowarka**  **- Kółka do transportu**  **- Poziomica** | | **TAK** |  |
| **DANE TECHNICZNE** | | | | | |
| **3.** | | **- Funkcje wagi: ważenie, tarowanie, BMI, automatyczny wyłącznik, zatrzymanie wyniku**  **- Ciężar wagi do 10 kg**  **- Wyświetlacz LCD**  **- Max wymiary wyświetlacza Ø230x190 mm**  **- Manualny teleskopowy, mechaniczny wzrostomierz (pomiar w zakresie min 60-200 cm)**  **- Zakres ważenia do min 200 kg** | | **TAK** |  |
| **4.** | | **ZASILANIE**  **- Akumulatory, sieciowe lub bateryjne** | | **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** | | | **TERMOMETR** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Cenna / szt.** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **17** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2017 lub 2018** | | |
| **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.** | | | **Automatyczny termometr laserowy bezdotykowy na podczerwień** | | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** | | | | | | |
| **2.** | | | **- termometr**  **- baterie**  **- instrukcja w języku polskim** | | **TAK** |  |
| **DANE TECHNICZNE** | | | | | | |
| **3.** | | | **- Trójkolorowa funkcja pomiaru temperatury - Urządzenie służące do pomiaru temperatury ciała lub powierzchni wybranego przedmiotu. - Pomiary przeprowadzane są wyłącznie przy użyciu sondy na podczerwień  do pomiaru temperatury, o wysokim stopniu dokładności pomiaru i stabilnym działaniu. - Funkcja alarmu w przypadku podwyższonej temperatury ciała. - Podświetlany wyświetlacz cyfrowy LCD. - Dwa tryby pomiaru temperatury: skala Fahrenheita i Celsjusza, do wyboru. - Tryb automatycznego oszczędzania energii; termometr wyłącza się, jeśli nie jest używany. - Czas pomiaru – maks. 1 sek.  - Zakres pomiaru: temperatura ciała: co najmniej 32°C – 42,9°C / 89,6°F – 109,2°F. - Pobór mocy: ≤ 300mW. - Masa netto: maks. 75 g (bez baterii).** | | **TAK** |  |
| **GWARANCJA** | | | | | | | |
|  | | | **Okres gwarancji – 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** | **Rolki do przekładania pacjenta** |
| **Typ** |  |
| **Producent** |  |
| **Cena / szt.** |  |
| **Liczba sztuk** | **1** |
| **Rok produkcji:** | **2017 lub 2018** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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.** | **Rolki przeznaczone są do transportu pacjenta z łóżek na inne miejsce przeznaczone do leżenia. Transport pacjenta odbywa się w pozycji leżącej, co znacząco obniża wysiłek fizyczny, jak również zwiększa komfort pacjenta.** | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** | | | |
| **2.** | **- przenośnik taśmowo-rolkowy do przekładania pacjenta** | **TAK** |  |
| **DANE TECHNICZNE** | | | |
| **3.** | **• Wymiary max – 1100x600 mm;** | **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** | | | **PODGRZEWACZ PŁYNÓW INFUZYJNYCH** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Cena / szt.** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **1** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2017 lub 2018** | | |
| **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.** | | | **Przepływ co najmniej 1-20 ml/min** | | **TAK** |  |
| **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 230V** | | **TAK** |  |
| **9.** | | | **Możliwość mocowania za pomocą uchwytu 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. 6**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | **OTOSKOP I OFTALMOSKOP** | | |
| **Typ** | |  | | |
| **Producent** | |  | | |
| **Cena / szt.** | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | **6** | | |
| **Rok produkcji:** | | **2017 lub 2018** | | |
| **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).** |
|  | | **Otoskop światłowodowy z wytrzymałą rękojeścią wykonaną z metalu oraz obudowa optyki odporna na zabrudzenia wykonana z wytrzymałego plastiku.** | | **TAK** |  |
|  | | **- Oświetlenie światłowodowe - Głowice ze śrubą w obudowie, wymienne - Pierścień regulujący z metalową śrubą pozwalający na ustawienie głowicy w odpowiedniej pozycji na rękojeści - Rękojeść bateryjna AA na dwie baterie typu AA - Wykonany z utwardzonego tworzywa w kolorze czarnym - Ergonomiczny kształt głowicy - W zestawie wielorazowe wzierniki uszne w rozmiarach 2,5mm – 5 szt., 4mm - 5 szt.  - Opakowanie zestawu w formie twardej walizki** | | **TAK** |  |
|  | | **Futerał do przechowywania urządzenia.** | | **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. 7**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **Zestaw do szybkiej infuzji/przetoczeń** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Cena / szt.** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **7** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2017 lub 2018** | | |
| **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** |  |
| **DANE TECHNICZNE** | | | | | | |
| **3.** | | | **- pojemność – co najmniej 0,5L - manometr z dużą skalą  - ochrona manometru gumową obręczą  - gruszka - Zakres ciśnienia wspomagania przetoczeń: co najmniej 0-450 mmHg** | | **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. 8**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **Fonendoskop pediatryczny** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Cena / szt.** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **10** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2017 lub 2018** | | |
| **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,**  **- rodzaj oliwek: miękkie, samouszczelniające się,**  **- 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. 9**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **Fonendoskop neonatologiczny** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Cena / szt.** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **12** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2017 lub 2018** | | |
| **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 neonatologiczny do osłuchiwania noworodków i najmłodszych dzieci, głównie płuc, serca i jamy brzusznej.** | | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** | | | | | |
| **2.** | | **- fonendoskop neonatologiczny 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, samouszczelniające się,**  **- rodzaj głowicy: dwustronna,**  **- wypukła membrana** | | **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. 10**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **Fonendoskop internistyczny** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Cena / szt.** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **35** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2017 lub 2018** | | |
| **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,**  **- rodzaj oliwek: miękkie, samouszczelniające się,**  **- 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. 11**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | | | **CIŚNIENIOMIERZ** | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Producent** | | |  | | |
| **Cena / szt.** | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | **18** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2017 lub 2018** | | |
| **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 50 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. 12**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Glukometr** | | | | | |
| **Nazwa** | | | |  | | |
| **Typ** | | | |  | | |
| **Producent** | | | |  | | |
| **Cena / szt.** | | | |  | | |
| **Liczba sztuk** | | | | **18** | | |
| **Rok produkcji:** | | | | **2017 lub 2018** | | |
| **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. 1. | | **Glukometr do pomiaru stężenia poziomu glukozy we krwi.** | | **TAK** |  |
| **SKŁAD ZESTAWU** | | | | | |
|  | | **- Pamięć co najmniej do 500 wyników - Metoda oznaczania: biosensor oksydazy glukozowej - Typ portu danych: micro USB - Zakres pomiaru: co najmniej 20-600 mg/dl - Zakres temperatury bezpiecznej dla urządzenia: co najmniej 10 - 44 st. C - Wilgotność: co najmniej 10% - 90% - Próbka badana: świeża krew z naczyń włosowatych - Objętość próbki: 1,0 ul - Czas pomiaru: maks. 5 sekund - Glukometr bez wymogu kodowania  - W zestawie paski oraz lancety** | | **TAK** |  |
|  | | | | | |
|  | | **ZASILANIE**  **- źródło energii: bateria**  **- auto wyłączenie** | | **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. 13**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NARZĘDZIA GINEKOLOGICZNE** | | | | | |
| **Nazwa** | | |  | | |
| **Typ** | | |  | | |
| **Wytwórca** | | |  | | |
| **Cena / szt.** | | |  | | |
| **Liczba kompletów** | | | **1** | | |
| **Rok produkcji:** | | | **2017 lub 2018** | | |
| **Lp.** | | **OPIS** | | **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).** |
|  | | **Narzędzia wykonane ze stali narzędziowej** | | **TAK** |  |
|  | | **Narzędzia odporne na korozję** | | **TAK** |  |
|  | | **Narzędzia matowane, hartowane próżniowo, wstępna pasywacja przez producenta** | | **TAK** |  |
|  | | **Komplet narzędzi składa się z:**   * **Kleszczyki typu Pean proste, 140mm- 6 szt.,** * **Nożyczki do pępowiny, długość 160mm, zakrzywione- 2 szt.,** * **Nożyczki typu Braun-Stadler do krocza, 140-145 mm - 2 szt.,** * **Nożyczki typu Mayo zagięte 150 mm - 2 szt.,** * **Wziernik typu Kallmorgen dwułyżkowy 39-40 x 90-95 mm- 2 szt.,** * **Kleszczyki typu Pean proste 160 mm – 2 szt.,** * **Igłotrzymacz typu Mayo-Hegar 160 mm - 2 szt.,** * **Miednicomierz Breisky - 2 szt.,** * **Stetoskop Pinard do badania tętna płodu aluminium - 2 szt.,** * **Kleszcze położnicze - 1 szt.,** | | **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** |

**UWAGA:**

**\* Słowo „TAK” oznacza warunek graniczny, który jest bezwzględnie wymagany.**

**Niespełnienie wszystkich minimalnych parametrów lub funkcji, podanych w rubryce „Wymagania graniczne” spowoduje odrzucenie oferty.**

Data Pieczęć i podpis Wykonawcy