

ZP/UR/10/2015

Załącznik nr 1.1 do siwz

(po zmianie treści siwz z dnia 04.03.2015r.)

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

ZADANIE NR 1: Dostawa płyt grzewczych z piekarnikiem elektrycznym w ramach projektu „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
<i>Poz. nr 1 Płyta grzewcza (indukcyjna do zabudowy) z piekarnikiem elektrycznym</i>			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Płyta grzewcza (indukcyjna do zabudowy)</i>			
1.	Szerokość płyty 65cm +/- 2cm	XXXX	
2.	Moc przyłączeniowa min. 8kW	XXXX	
3.	Napięcie zasilania 230V	TAK/NIE	XXXX
4.	Pola grzewcze: 4 pola indukcyjne	TAK/NIE	XXXX
5.	Sterowanie płyty grzewczej: elektroniczne – dotykowe (sensorowe) na płycie grzewczej	TAK/NIE	XXXX
6.	Wykonanie płyty grzewczej: ceramiczne – szlif, bez ramki	TAK/NIE	XXXX
7.	Czas reakcji serwisowej max. 24 h	TAK/NIE	XXXX
8.	Możliwość zgłoszenia serwisowego 24/dobę, 365 dni w roku	TAK/NIE	XXXX
9.	Maksymalny czas na usunięcie awarii maks. 21 dni, w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX
10.	Instruktaż, instalacje, serwis gwarancyjny i pogwarancyjny może przeprowadzać tylko profesjonalnie przygotowany pracownik firmy oferującej urządzenie bądź pracownik firmy specjalistycznej pracującej na zlecenie firmy sprzedającej urządzenie	TAK/NIE	XXXX
11.	Koszty transportu, instalacji pokrywa Wykonawca w terminach uprzednio uzgodnionych z zamawiającym	TAK/NIE	XXXX
<i>Piekarnik elektryczny</i>			
1	Klasa energetyczna urządzenia min. „A”	XXXX	
2	Napięcie zasilania 230V	TAK/NIE	XXXX

3	Funkcja: grill	TAK/NIE	XXXX
4	Funkcja : rożen	TAK/NIE	XXXX
5	Funkcja : rozmrażanie	TAK/NIE	XXXX
6	Prowadnice teleskopowe	TAK/NIE	XXXX
7	Katalityczne czyszczenie piekarnika	TAK/NIE	XXXX
8	Wymiary bez elementów wystających (SxWxG) – 60cm x 60 cm x 60 cm z tolerancją +/- 2 cm	XXXX	
9	Pojemność min. 60 litrów	XXXX	
10	Sterowanie elektroniczne – pokręta, dotykowe sensorowe na froncie piekarnika	TAK/NIE	XXXX
11	Wyświetlacz elektroniczny	TAK/NIE	XXXX
12	Czas reakcji serwisowej max. 24 h	TAK/NIE	XXXX
13	Możliwość zgłoszenia serwisowego 24/dobę, 365 dni w roku	TAK/NIE	XXXX
14	Maksymalny czas na usunięcie awarii maks. 21 dni, w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX
15	Instruktaż, instalacje, serwis gwarancyjny i pogwarancyjny może przeprowadzać tylko profesjonalnie przygotowany pracownik firmy oferującej urządzenie bądź pracownik firmy specjalistycznej pracującej na zlecenie firmy sprzedającej urządzenie	TAK/NIE	XXXX
16	Koszty transportu, instalacji pokrywa Wykonawca w terminach uprzednio uzgodnionych z zamawiającym	TAK/NIE	XXXX

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Poz. nr 2 <i>Płyta grzewcza(ceramiczna do zabudowy) z piekarnikiem elektrycznym</i>			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry techniczne oferowanego przedmiotu zamówienia
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Płyta grzewcza(ceramiczna do zabudowy)</i>			
1	Szerokość płyty 60cm +/- 2cm	XXXX	
2	Moc przyłączeniowa min. 6,7 kW	XXXX	
3	Napięcie zasilania 230V	TAK/NIE	XXXX
4	Pola grzewcze: 1 pole „brytfanna”, 1 pole poszerzane ceramiczne, 2 pola ceramiczne	TAK/NIE	XXXX
5	Sterowanie płyty grzewczej: elektroniczne – dotykowe (sensorowe) na płycie grzewczej	TAK/NIE	XXXX
6	Wykonanie płyty grzewczej: ceramiczne - szlif	TAK/NIE	XXXX
7	Czas reakcji serwisowej max. 24 h	TAK/NIE	XXXX
8	Możliwość zgłoszenia serwisowego 24/dobę, 365 dni w roku	TAK/NIE	XXXX
9	Maksymalny czas na usunięcie awarii maks. 21 dni, w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX
10	Instruktaż, instalacje, serwis gwarancyjny i pogwarancyjny może przeprowadzać tylko profesjonalnie przygotowany pracownik firmy oferującej urządzenie bądź pracownik firmy specjalistycznej pracującej na zlecenie firmy sprzedającej urządzenie	TAK/NIE	XXXX

11	Koszty transportu, instalacji pokrywa Wykonawca w terminach uprzednio uzgodnionych z zamawiającym	TAK/NIE	XXXX
Piekarnik elektryczny			
12	Klasa energetyczna urządzenia min. „A”	XXXX	
13	Napięcie zasilania 230V	TAK/NIE	XXXX
14	Funkcja: grill	TAK/NIE	XXXX
15	Funkcja : rożen	TAK/NIE	XXXX
16	Funkcja : rozmrażanie	TAK/NIE	XXXX
17	Prowadnice teleskopowe	TAK/NIE	XXXX
18	Katalityczne czyszczenie piekarnika	TAK/NIE	XXXX
19	Wymiary bez elementów wystających (SxWxG) – 60cm x 60 cm x 60 cm z tolerancją +/- 2 cm	XXXX	
20	Pojemność min. 60 litrów	XXXX	
21	Sterowanie elektroniczne – pokrętła, dotykowe sensorowe na froncie piekarnika	TAK/NIE	XXXX
22	Wyświetlacz elektroniczny	TAK/NIE	XXXX
23	Pełna gwarancja na wszystkie urządzenia min 24 miesiące	XXXX	
24	Czas reakcji serwisowej max. 24 h	TAK/NIE	XXXX
25	Możliwość zgłoszenia serwisowego 24/dobę, 365 dni w roku	TAK/NIE	XXXX
26	Maksymalny czas na usunięcie awarii maks. 21 dni, w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX
27	Instruktaż, instalacje, serwis gwarancyjny i pogwarancyjny może przeprowadzać tylko profesjonalnie przygotowany pracownik firmy oferującej urządzenie bądź pracownik firmy specjalistycznej pracującej na zlecenie firmy sprzedającej urządzenie	TAK/NIE	XXXX
28	Koszty transportu, instalacji pokrywa Wykonawca w terminach uprzednio uzgodnionych z zamawiającym	TAK/NIE	XXXX

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Poz. nr 3 Płyta grzewcza			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry techniczne oferowanego przedmiotu zamówienia
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1	Szerokość płyty 60cm +/- 2cm	XXXX	
2	Napięcie zasilania 230V	TAK/NIE	XXXX
3	Pola grzewcze: 1 palnik gazowy „wok”, 3 palniki gazowe	TAK/NIE	XXXX
4	Sterowanie płyty grzewczej: mechaniczne – pokrętła na płycie grzewczej	TAK/NIE	XXXX
5	Wykonanie płyty grzewczej: stal nierdzewna	TAK/NIE	XXXX
6	Ruszt płyty grzewczej dwuczęściowy żeliwny	TAK/NIE	XXXX
7	Zapalarka w pokrętło	TAK/NIE	XXXX
8	Pełna gwarancja na wszystkie urządzenia min 24 miesiące	XXXX	
9	Czas reakcji serwisowej max. 24 h	TAK/NIE	XXXX

10	Możliwość zgłoszenia serwisowego 24/dobę, 365 dni w roku	TAK/NIE	XXXX
11	Maksymalny czas na usunięcie awarii maks. 21 dni, w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX
12	Instruktaż, instalacje, serwis gwarancyjny i pogwarancyjny może przeprowadzać tylko profesjonalnie przygotowany pracownik firmy oferującej urządzenie bądź pracownik firmy specjalistycznej pracującej na zlecenie firmy sprzedającej urządzenie	TAK/NIE	XXXX
13	Koszty transportu, instalacji pokrywa Wykonawca w terminach uprzednio uzgodnionych z zamawiającym	TAK/NIE	XXXX

Wymagana min. gwarancja na <u>urządzenia z pozycji 1, 2 i 3</u> min. 24 miesiące*	Oferujemy gwarancję:
--	----------------------

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):

- A. Cena: 90%
B. Termin realizacji zamówienia : 10%

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

ZADANIE NR 2: Dostawa spirometru do diagnostyki czynności układu oddechowego w ramach projektu „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Poz. nr 1 Spirometr do diagnostyki czynności układu oddechowego			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia
1	2	3	4
1.	Spirometr, w skład którego wchodzi moduły umożliwiające wykonanie: <ul style="list-style-type: none"> • Spirometrii spokojnej VC i składowych, • Spirometria natężona FVC i składowych, • Maksymalna wentylacja MVV, • Próby rozkurczowej w każdym z dostępnych modułów, • Badanie do prowadzenia testów prowokacyjnych 	TAK / NIE	XXXX
2.	Głowica pneumatograficzna bez konieczności wymiany po każdym pacjencie współpracująca z filtrami bakteryjno-wirusowymi	TAK / NIE	XXXX
3.	Opór głowicy pomiarowej <0.05 kPa/(l/s) przy maksymalnie 10 l/s	XXXX	
4.	Zakres pomiaru przepływu – od 0 do max. 18 l/s	XXXX	
5.	Dokładność pomiaru przepływu ± 3% lub lepsza	XXXX	
6.	Rozdzielczość pomiaru przepływu: mniejsza lub równa 5 µL/s	XXXX	
7.	Zakres pomiaru objętości od 0 do max. 18 L	XXXX	
8.	Dokładność pomiaru objętości ± 3% lub lepsza	XXXX	
9.	Rozdzielczość pomiaru objętości: mniejsza lub równa 5 µL	XXXX	
10.	Możliwość konfiguracji własnych raportów użytkownika	TAK / NIE	XXXX
11.	Możliwość wydrukowania raportu na drukarce podłączonej do komputera oraz generowanie go w formie elektronicznej w formatach PDF, TIF, JPG, RTF	TAK / NIE	XXXX
12.	Oprogramowanie określające bieżący status wizyty za pomocą różnych kolorów lub różnych ikon przypisanych dla odpowiednich etapów wizyty. System powinien rozróżniać przynajmniej pięć etapów, w tym konieczne następujące etapy: -wprowadzono dane pacjenta bez wykonanego pomiaru	XXXX	
	-przeprowadzono co najmniej jeden pomiar	XXXX	
	-wizyta zakończona i zapisano co najmniej jeden raport	XXXX	
	-wizyta zakończona i zapisano co najmniej jeden raport oraz komentarz lekarza lub interpretację wyników	XXXX	
13.	Programy motywacyjne dla dzieci – min. 8 różnych animacji Dołączyć PrintScreen pokazujący dostępne animacje.	XXXX	
14	Spirometr wymagający codziennej kalibracji objętości zgodnie	TAK / NIE	XXXX

	z zaleceniami ATS ERS.		
15	W ramach standardowego wyposażenia znajduje się pompa kalibracyjna, lub moduł do automatycznej kalibracji objętości.	TAK / NIE	XXXX
16	System wyposażony we własny kompresor generujący ciśnienie potrzebne podczas nebulizacji podczas badania prowokacyjnego	TAK / NIE	XXXX
17	Przepływ generowany przez kompresor 6 L /min lub wyższy	XXXX	
18	Ciśnienie generowane przez kompresor 1.0 bar lub wyższe	XXXX	
19	Możliwość wyboru modułu wartości należnych, niezależnych dla każdego badania	TAK / NIE	XXXX
20	Wszystkie moduły aparatu zamontowane na specjalnym wózku umożliwiającym przetransportowanie całego urządzenia	TAK / NIE	XXXX
21	Spirometr jest wyposażony w moduł wartości	TAK / NIE	XXXX
22	Komputer kompatybilny z urządzeniem, o parametrach zapewniających pełne wykorzystanie potencjału urządzenia (proszę podać parametry)	XXXX	
23	W skład zestawu wchodzi drukarka laserowa	TAK / NIE	XXXX
24	Możliwość rozbudowy w przyszłości o moduł do oscylacji wymuszonych - moduł musi być dostępny w ofercie sprzedażowej producenta w dniu składania oferty	TAK / NIE	XXXX
	Moduł do oscylacji wymuszonych wykorzystujący wymuszenie impulsem ciśnieniowym: -zakres mierzonych częstotliwości 3-48 Hz lub większy, wykorzystujący impulsy 0-100 Hz.	XXXX	
	-częstotliwość próbkowania dla konwersji analogowo – cyfrowej: maksymalnie 200Hz	XXXX	
	-możliwość wykrywania i prezentacji ograniczeń przepływów wydechowych	TAK / NIE	XXXX
	-wyniki pomiaru kalkulowane i prezentowane na ekranie w czasie rzeczywistym (on-line)	TAK / NIE	XXXX
	Moduł do oscylacji wymuszonych – pomiar ciśnienia w ustach: Zakres: min. \pm 2 kPa	XXXX	
	Dokładność: min. \pm 2% lub lepsza	XXXX	
	Rozdzielczość: min. 0,001 Pa lub lepsza	XXXX	
25	Okres gwarancji min. 24 miesiące (*Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert)	XXXX	
26	Czas naprawy maksymalnie 21 dni w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK / NIE	XXXX
27	Czas reakcji na zgłoszenie awarii – maksymalny czas podjęcia działań zmierzających do usunięcia awarii 48 godzin z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy	TAK / NIE	XXXX
28	Koszty transportu i instalacji urządzenia u Zamawiającego pokrywa Wykonawca	TAK / NIE	XXXX
29	Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia	TAK / NIE	XXXX

UWAGA !!

6. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
7. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
8. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
9. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
10. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

- A. Cena: 80%
B. Gwarancja (w miesiącach): 20%

Minimalny czas gwarancji: 24 miesiące.

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 48 miesięcy lub więcej.

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

ZADANIE NR 3: Dostawa urządzenia do gromadzenia kondensatu powietrza wydychanego i tlenku azotu w ramach projektu „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Poz. nr 1 Urządzenie do gromadzenia kondensatu powietrza wydychanego i tlenku azotu			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	Urządzenie przenośne: - zasilanie bateryjne (max. 3xAA) - waga max. 400 g	XXX	
2.	Zakres pomiaru stężenia: 5 - 300 ppb lub szerszy	XXX	
3.	Dokładność i powtarzalność nie mniej niż: +/- 5ppb mierzonej wartości przy ≤50ppb +/- 10% mierzonej wartości przy >50ppb	XXX	
4.	Możliwość pomiaru w przedziale wilgotności od 10 do max. 80% (wilgotność względna)	XXX	
5.	Możliwość pomiaru w przedziale temperatury od 10 do max 30°C	XXX	
6.	Czułość sensora nie mniej niż 5 ppb	XXX	
7.	Żywotność sensora min. 1 rok	XXX	
8.	Czas trwania testu: - dla dorosłych nie więcej niż 12 sek. - dla dzieci nie więcej niż 10 sek.	XXX	
9.	Urządzenie wyposażone w czujnik elektrochemiczny	TAK/NIE	XXX
10.	Wyświetlacz: dotykowy, kolorowy LCD	TAK/NIE	XXX
11.	Kalibracja nie częściej niż co 12 miesięcy	XXX	
12.	Akcesoria niezbędne do wykonania badań: ustniki oraz przepływomierz do pobierania próbek oddechowych	TAK/NIE	XXX
13.	Oprogramowanie w języku polskim umożliwiające: - zapisywanie danych pacjenta - zapisywanie wyników badań - generowanie i zapisywanie raportów z badania - wydruk wyników badań w ujęciu tabelarycznym i w postaci wykresów - wyszukiwarka pacjentów w bazie danych - możliwość wprowadzania do raportu komentarzy	TAK/NIE	XXX
14.	Wymiary max: 155x 90 x 50 mm	XXX	
15.	Czas pracy na komplecie baterii pozwalający na wykonanie min. 100 badań	XXX	
16.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK/NIE	XXX
17.	Wymiana sensora i kalibracja aparatu po 2 latach użytkowania	TAK/NIE	XXX

18.	Okres gwarancji minimum 24 miesiące (*Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert)	XXX	
19.	Czas reakcji serwisowej max.72 godz.	TAK/NIE	XXX
20.	Czas naprawy max. 21 dni, w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXX

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

- A. Cena: 80%
B. Gwarancja (w miesiącach): 20%

Minimalny czas gwarancji: 24 miesiące.

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 48 miesięcy lub więcej.

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

ZADANIE NR 4: Dostawa aparatu do bioimpedancji elektrycznej, faldomierza zegarowego z oprogramowaniem i miarki obwodów z kalkulatorem WHR w ramach projektu pn.: „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Poz. nr 1 Aparat do bioimpedancji elektrycznej wraz z wagą i wzrostomierzem			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	Metoda pomiaru – min. 8- punktowa analiza BIA	XXXX	
2.	Napięcie sieci: 100 V – 240 V	TAK / NIE	XXXX
3.	Częstotliwość napięcia: 50Hz – 60Hz	TAK / NIE	XXXX
4.	Typ wyświetlacza: Ekran dotykowy min. 8,0”, obrót od 300 do 360° lub w szerszym zakresie	XXXX	
5.	Rozdzielczość ekranu przynajmniej: 1280/1024 pikseli.	XXXX	
6.	Zakres pomiarowy impedancji 10 Ω do 1000 Ω lub szerszy	XXXX	
7.	Co najmniej 19 częstotliwości pomiaru: 1; 1,5; 2; 3; 5; 7,5; 10; 15; 20; 30; 50; 75; 100; 150; 200; 300; 500; 750; 1000 kHz	XXXX	
8.	Wartości pomiarowe	XXXX	
9.	Zakres pomiarowy kąta fazowego: 0° do 20° lub szerszy	XXXX	
10.	Klasa dokładności pomiaru co najmniej IIa (RL93/42 EWG);	TAK / NIE	XXXX
11.	Transmisja danych: przewodowo oraz bezprzewodowo	TAK / NIE	XXXX
12.	Klasa legalizacji: co najmniej III	XXXX	
13.	Prąd pomiarowy: co najmniej 100 μA	XXXX	
14.	Czas pomiaru: Wszystkie moduły na częstotliwościach 5 kHz i 50 kHz (maks. 20 s) lub wszystkie moduły na wszystkich częstotliwościach (maks. 90 s)	TAK / NIE	XXXX
15.	Maksymalne obciążenie- co najmniej 300 kg	TAK / NIE	XXXX

16.	Zakres dokładności pomiaru – co najwyżej 50 g	TAK / NIE	XXXX
17.	Oprogramowanie do analizy danych i obliczania poszczególnych parametrów na podstawie pomiarów w języku polskim;	TAK / NIE	XXXX
18.	Wykresy pomocnicze: Body Composition Chart (BBC), wektorowa analiza bioimpedancji elektrycznej (BIVA)	TAK / NIE	XXXX
19.	Walidacja według Złotego Standardu: ADP (Air-Displacement-Plethysmography, D2O: Deuterium Dilution, DEXA: Dual-Energy X-ray Absorptiometry, NaBr: Sodium Bromide Dilution	TAK / NIE	XXXX
20.	Syndrom metaboliczny oraz ryzyko kardiometaboliczne	TAK / NIE	XXXX
21.	Dane wprowadzane przed analizą BIA: płeć, wiek, wzrost, zmierzona masa ciała, grupa etniczna	TAK / NIE	XXXX
22.	U osób poniżej 18 roku życia: siatki centylowe (wzrost, masa ciała, BMI), obwód talii, spoczynkowa przemiana materii i całkowity wydatek energetyczny, kąt fazowy oraz wykresy BIVA	TAK / NIE	XXXX
23.	Obliczane parametry:		
A	BMI (Body Mass Index)	TAK / NIE	XXXX
B	FM (Fat Mass)	TAK / NIE	XXXX
C	FFM (Free Fat Mass)	TAK / NIE	XXXX
D	FMI (Fat Mass Index)	TAK / NIE	XXXX
E	SLTM (Soft Lean Tissue Mass)	TAK / NIE	XXXX
F	SMM (Skeletal Muscle Mass)	TAK / NIE	XXXX
G	TBW (Total Body Water)	TAK / NIE	XXXX
H	ICW (Intra Cellular Water)	TAK / NIE	XXXX
I	ECW (Extra Cellular Water)	TAK / NIE	XXXX
J	HYD (Hydration)	TAK / NIE	XXXX
K	REE (Resting Energy Expenditure)	TAK / NIE	XXXX
L	TEE (Total Energy Expenditure)	TAK / NIE	XXXX
Ł	Energia skumulowana w organizmie	TAK / NIE	XXXX
M	W segmentach ciała SLTM (Soft Lean Tissue Mass)	TAK / NIE	XXXX
24.	W zestawie wzrostomierz – parametry:		
A	składany na części, do szybkiego montażu	TAK / NIE	XXXX
B	nadruk skali na bocznej części wzrostomierza	TAK / NIE	XXXX
C	zakres pomiaru: od 20 – do 200cm lub szerszy	TAK / NIE	XXXX

D	podziałka: co max. 1mm	TAK / NIE	XXXX
25.	Koszty transportu, instalacji oraz instruktażu z zakresu obsługi urządzenia oraz analizy danych dla min. 4 osób, u Zamawiającego pokrywa Wykonawca	TAK / NIE	XXXX
26.	Minimum 10 letni okres gwarantowania dostępności części zamiennych	TAK / NIE	XXXX
27.	Darmowa aktualizacja oprogramowania aparatu	TAK / NIE	XXXX
28.	Czas reakcji serwisowej max. 72 godz.	TAK / NIE	XXXX
29.	Czas naprawy max. 21 dni w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK / NIE	XXXX
30.	Wszystkie wymagane przez producenta oferowanego aparatu przeglądy w okresie gwarancji zawarte w cenie oferty	TAK / NIE	XXXX

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Poz. nr 2 Fałdomierz zegarowy z oprogramowaniem		*	
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry techniczne oferowanego przedmiotu zamówienia
1	2	3	4
12	Skala zegarowa	TAK / NIE	XXXX
13	Podziałka: max. 0,2 mm	TAK / NIE	XXXX
14	Zakres pomiarowy: 0 – 80 mm lub szerszy	XXXX	
15	Dokładność i precyzja pomiaru : min.: 95%	XXXX	
16	Powtarzalność: max. 0,2 mm	XXXX	
17	Nacisk sprężyny: max. 10 g/mm ²	XXXX	
18	Masa fałdomierza: max. 0,5 kg	XXXX	
19	Długość ramion: 650 mm (+/- 50 mm)	TAK / NIE	XXXX
20	Walizka do przechowywania i transportu	TAK / NIE	XXXX
21	Standardowo otrzymany parametr - grubość fałdu skórno-tłuszczowego	TAK / NIE	XXXX
22	W zestawie oprogramowanie do oceny składu ciała umożliwiające graficzny wydruk danych otrzymywanych z pomiarów fałdów skórnych oraz uzyskanie dodatkowych wskaźników takich jak:	TAK / NIE	XXXX
A	Masa i procentowa zawartość tkanki tłuszczowej	TAK / NIE	XXXX

B	Preferowany poziom tkanki tłuszczowej w ciele	TAK / NIE	XXXX
C	Beztłuszczowa masa ciała	TAK / NIE	XXXX
D	BMI – indeks masy ciała (kg/m ²)	TAK / NIE	XXXX
E	Określenie minimalnej i maksymalnej masy ciała	TAK / NIE	XXXX
F	Wykres wskaźnika BMI u dzieci	TAK / NIE	XXXX
12	Bezpłatna aktualizacja oprogramowania	TAK / NIE	XXXX
13	Czas reakcji serwisowej max. 72 godz.	TAK / NIE	XXXX
14	Czas naprawy maksymalnie 21 dni w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK / NIE	XXXX
15	Koszty transportu pokrywa Wykonawca	TAK / NIE	XXXX
16	Min. 10 letni okres gwarantowania dostępności części zamiennych	TAK / NIE	XXXX

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Poz. nr 3 Miarka obwodów z kalkulatorem WHR		*	
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry techniczne oferowanego przedmiotu zamówienia
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1	Zakres pomiaru: 0 – min. 200 cm	XXXX	
2	Podziałka: najwyżej co 1 mm	TAK/NIE	XXXX
3	Wbudowany licznik WHR	TAK/NIE	XXXX
4	Otrzymane parametry to pomiar obwodów i długości (mm) oraz współczynnik WHR	TAK/NIE	XXXX
5	Czas naprawy maksymalnie 21 dni w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK / NIE	XXXX
6	Koszty transportu pokrywa Wykonawca	TAK / NIE	XXXX
7	Czas reakcji serwisowej max. 72 godz.	TAK / NIE	XXXX

Wymagana min. Gwarancja dla urzędzeń z pozycji 1, 2 i 3
min. 12 miesięcy*

(*Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert)

Oferujemy gwarancję:

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

A. Cena: 80%
B. Gwarancja (w miesiącach): 20%

Minimalny czas gwarancji: 12 miesięcy

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 48 miesięcy lub więcej.

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 5: Dostawa wagi lekarskiej elektronicznej w ramach projektu pn.: „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Poz. nr 1 Waga lekarska elektroniczna			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	Waga lekarska powinna posiadać wyświetlacz LCD.	TAK/NIE	XXXX
2.	Obciążenie w zakresie od 1,5 kg. do 145 kg. lub szerszym	XXXX	
3.	Waga powinna być wyposażona we wzrostomierz teleskopowy z miernikiem na kolumnie (cm).	TAK/NIE	XXXX
4.	Zakres wzrostomierza do min. 200 cm.	XXXX	
5.	Wymiary gabarytowe do 32 x 45 x 119 cm, rozmiar szalki nie powinien przekraczać 32 x 31 cm.	XXXX	
6.	Temperatura pracy od -11 do +41 st. C. lub szersza	XXXX	
7.	Zakres tarowania wagi -150g.	XXXX	
8.	Waga powinna posiadać zasilanie sieciowo-bateryjne.	TAK/NIE	XXXX
Inne wymagania			
9.	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010r. (Dz. U. 2010r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.)	TAK/NIE	XXXX
Gwarancja i serwis pogwarancyjny:			
10.	Pełna gwarancja na wszystkie elementy zestawu min. 12 miesięcy. <i>(*Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert)</i>	XXXX	
11.	Czas naprawy max. 21 dni, w przypadku dłuższego czasu	TAK/NIE	XXXX

	naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego		
12.	Czas reakcji serwisowej max. 72 godz.	TAK/NIE	XXXX

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

- A. Cena: 80%
- B. Gwarancja (w miesiącach): 20%

Minimalny czas gwarancji: 12 miesiące

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 48 miesięcy lub więcej.

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 6: Dostawa sześcioczęściowego zestawu goniometrycznego w ramach projektu pn.: „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Poz. nr 1 Sześcioczęściowy zestaw goniometrów		*	
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia
1	2	3	4
1.	Zestaw profesjonalnych goniometrów do pomiarów zakresu ruchomości w stawach człowieka	TAK / NIE	XXXX
2.	Zestaw powinien składać się z sześciu goniometrów o różnej wielkości służących do pomiaru ruchomości w stawach w tym stawach rąk	TAK/NIE	XXXX
3.	Goniometry powinny być wykonane z stali nierdzewnej, powinny cechować się bardzo starannym wykonaniem	TAK / NIE	XXXX
4.	Zestaw powinien zawierać - goniometr Robinsona o zakresie 180° - długość goniometru nie mniejsza niż 14cm, nie większa niż 18 cm - goniometr ze stali nierdzewnej o zakresie 180° - długość goniometru nie mniejsza niż 34cm, nie większa niż 36cm - goniometr ze stali nierdzewnej o zakresie 360° - długość goniometru nie mniejsza niż 34cm, nie większa niż 36cm - goniometr ze stali nierdzewnej do badania zakresu ruchu palców - długość goniometru nie mniejsza niż 8 cm, nie większa niż 13cm - goniometr rentgenowski ze stali nierdzewnej o zakresie 180° - długość goniometru nie mniejsza niż 8 cm, nie większa niż 21cm - goniometr ze stali nierdzewnej o zakresie 180°, długość goniometru nie mniejsza niż 19, nie większa 21 cm - skrzynka do przechowywania goniometrów	XXXX	
5.	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010r. (Dz. U. 2010r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.)	TAK / NIE	XXXX
6.	Przyrząd powinien być objęty gwarancją nie krótszą niż 12 miesięcy. (*Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert)	XXXX	
7.	Czas reakcji serwisowej max. 72 godz.	TAK/NIE	XXXX
8.	Czas naprawy max. 21 dni, w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX
9.	Dostawę do siedziby Zamawiającego pokrywa Wykonawca	TAK/NIE	XXXX

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

- A. Cena: 80%
B. Gwarancja (w miesiącach): 20%

Minimalny czas gwarancji: 12 miesiące

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 48 miesięcy lub więcej.

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 7: Dostawa ręcznego hydraulicznego dynamometru ściskowego w ramach projektu pn.: „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Poz. nr 1 Ręczny hydrauliczny dynamometr ściskowy			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia
1	2	3	4
1.	Dynamometr powinien być przeznaczony do pomiaru zakresu siły ścisku u pacjentów z urazami dłoni. Możliwość pomiaru siły do min. 90 kg.	TAK / NIE XXXX	XXXX
2.	Wskaźówka na skali powinna pokazywać najwyższą wartość pomiaru do następnego zerowania.	TAK / NIE	XXXX
3.	Uchwyt urządzenia powinien posiadać możliwość regulacji w zakresie od min 3.0 do max 10.0 cm skokowo lub szerszym	XXXX	
4.	Konstrukcja powinna być odporna na wstrząsy, powinna posiadać dodatkowy pasek zabezpiecza urządzenie przez uszkodzeniem.	TAK / NIE	XXXX
5.	W zestawie walizka transportowa.	TAK / NIE	XXXX
6.	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010r. (Dz. U. 2010r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.)	TAK / NIE	XXXX
7.	Przyrząd powinien być objęty gwarancją nie krótszą niż 12 miesięcy. <i>(*Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert)</i>	XXXX	
8	Czas reakcji serwisowej max. 72 godz.	TAK/NIE	XXXX
9	Czas naprawy max. 21 dni, w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

- A. Cena: 80%
B. Gwarancja (w miesiącach): 20%

Minimalny czas gwarancji: 12 miesiące.

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 48 miesięcy lub więcej.

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 8: Dostawa systemu rejestrującego sygnał EMG z 16 kanałami w ramach projektu pn.: „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
<i>Poz. nr 1 System rejestrujący sygnał EMG z 16 kanałami</i>			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	System do powierzchniowego, bezprzewodowego min. 16 kanałowego rejestrowania, przetwarzania i analizowania sygnałów elektromiograficznych (emg)	TAK/NIE	XXXX
	Minimalne wymagania techniczne:		
2.	Urządzenie powinno pozwalać na rejestrację sygnału z min. 16 kanałów.	XXXX	
3.	System powinien być w pełni kompatybilny z systemem optoelektronicznym do analizy ruchu.	TAK/NIE	XXXX
4.	System powinien pozwalać na synchronizację z obrazem video i innymi rodzajami czujników biomechanicznych (goniometry, inklinometry, markery typu „foot-switch”, akcelerometry) oraz przetwarzanie sygnałów w czasie rzeczywistym.	TAK/NIE	XXXX
5.	Odbiornik sygnału powinien mieć możliwość działania w 3 ustawieniach komunikacji: bezpośredniego podłączenia jednostki do komputera przez wejście USB, bezprzewodowej transmisji z jednostki zbierającej sygnał w czasie rzeczywistym oraz rejestrowania danych na karcie pamięci a następnie eksporcie danych do komputera.	TAK/NIE	XXXX
6.	System powinien być wyposażony w baterię pozwalającą na ciągłą pracę przez co najmniej 7 godzin.	XXXX	
7.	Połączenie odbiornika do komputera powinno być bezprzewodowe lub przewodowe za pomocą portu USB.	TAK/NIE	XXXX
	W skład systemu muszą wchodzić wszystkie niezbędne do prawidłowego funkcjonowania elementy i akcesoria w tym:		
9.	kompletny zestaw bezprzewodowych czujników biomechanicznych nie mniej niż 16 sztuk	XXXX	
10.	przenośny odbiornik sygnału z możliwością powtórnego przesłania danych, jednostka rejestrująca sygnał	TAK/NIE	XXXX
11.	pełne oprogramowanie do rejestracji i analizy danych,	TAK/NIE	XXXX
12.	komplet niezbędnych akcesoriów do obsługi urządzenia	TAK/NIE	XXXX
13.	trwała walizka transportowa	TAK/NIE	XXXX

14.	oprogramowanie do rejestracji i analizy (2 licencje)	TAK/NIE	XXXX
15.	urządzenie do rejestracji w trybie „holter” - urządzenie do rejestracji danych bez pośrednictwa komputera – 1 szt.,	TAK/NIE	XXXX
16.	przenośny komputer do analizy i gromadzenia danych.	TAK/NIE	XXXX
	Szczegółowe wymagania techniczne systemu		
17	czujniki EMG powinny charakteryzować się rozdzielczością co najmniej 14 bit.	XXXX	
18	CMR powyżej 100 dB	XXXX	
19	Powinna być możliwość wyboru filtrów	TAK/NIE	XXXX
20.	Próbkowanie sygnału co najmniej 1,500 Hz	XXXX	
21	System powinien być wyposażony w antenę o mocy co najmniej 70mW ± 10 mW a zasięg transmisji minimum 50 metrów w otwartym obszarze.	XXXX	
	Ogólne wymagania dla oprogramowania do rejestracji i analizy		
22.	Obserwacja w czasie rzeczywistym sygnału i kompleksowa analiza sygnału	TAK/NIE	XXXX
23.	System powinien pozwalać na trening z wykorzystaniem informacji zwrotnej „biofeedback”.	TAK/NIE	XXXX
24.	Oprogramowanie powinno pozwalać na rejestrację i analizę danych pomiarowych w warunkach klinicznych z gotowymi wzorami badań i możliwością tworzenia własnych protokołów.	TAK/NIE	XXXX
25.	dawać możliwość eksportu danych do programów analizy statystycznej.	TAK/NIE	XXXX
26.	Oprogramowanie powinno pozwalać na analizę danych w różnych formatach co pozwoli na import danych z innych narzędzi biomechanicznych i różnych producentów.	TAK/NIE	XXXX
	Szczegółowe wymagania dla oprogramowania do rejestracji i analizy		
27.	Przedstawienie surowego zapisu lub przetworzonego przez narzędzia oprogramowania,	TAK/NIE	XXXX
28.	dostarczać podstawowe dane z zapisu emg oraz m.in. dane o symetrii aktywności mięśni, koordynacji pracy poszczególnych grup mięśniowych, normalizacji sygnału emg np. w trakcie cyklu chodu oraz innych powtarzalnych czynności ruchowych.	TAK/NIE	XXXX
29.	tworzenie bazy danych pozwalające na archiwizację różnorodnych plików źródłowych dla gromadzenia kompletnej informacji o pacjencie (pliki, zdjęcia, filmy)	TAK/NIE	
30.	obróbka zarejestrowanego sygnału (identyfikacja zdarzeń, faz ruchu, zmiana skali, powiększenie, nakładanie zapisów),	TAK/NIE	XXXX
31.	zawierać wszystkie niezbędne narzędzia do analizy złożonych pomiarów dla potrzeb badawczych jak również badań prowadzonych w warunkach klinicznych (baza gotowych ustawień protokołów pomiarowych i matryc do analizy i tworzenia raportów).	TAK/NIE	XXXX
32.	współpraca z oprogramowaniem w języku polskim powszechnie dostępnym na rynku.		
	Przenośny komputer do rejestracji i archiwizacji danych. Procesor gwarantujący moc obliczeniową pozwalającą na obsługę specjalistycznego oprogramowania sprzętu (podać parametry)		
34	Parametry komputera: pamięć RAM minimum 8GB	XXXX	
35	Parametry komputera: dyski twarde: minimum 240 GB (SSD), drugi dysk minimum 1 TB	XXXX	
36	Parametry komputera: napęd optyczny DVD	TAK/NIE	XXXX
37	Parametry komputera: nagrywarka CD oraz DVD	TAK/NIE	XXXX
38	Parametry komputera: minimum 2 gniazda PCI pełnej wysokości	XXXX	

39	Parametry komputera: minimum 1 gniazdo PCI Express x1 typu low	XXXX	
40	Karta graficzna z wyjściem HDMI	TAK/NIE	XXXX
41	Parametry komputera: porty USB minimum 3 sztuk	XXXX	
42	Parametry komputera: system operacyjny w języku polskim, posiadający: -funkcje udostępniania plików i drukarek w sieci domowej, -szybki dostęp do ulubionych plików, witryn www i dokumentów	TAK/NIE	XXXX
43	Parametry komputera: Pakiet oprogramowania w języku polskim, zawierający: - edytor tekstów - arkusz kalkulacyjny - program do tworzenia prezentacji - szybka wyszukiwarka plików - pełna obsługa architektury 64 – bitowej - rozbudowane narzędzia administracyjne - możliwość tworzenia kont użytkowników - możliwość personalizacji wyglądu systemu za pomocą kompozycji oraz gadżetów - wbudowana ochrona przed oprogramowaniem szpiegującym i innym złośliwym oprogramowaniem - nawiązywanie bezpiecznego połączenia z sieciami firmowymi, - narzędzie do uruchamiania aplikacji niekompatybilnych z bieżącym systemem operacyjnym - współpraca w domenie - rozbudowane opcje automatycznych kopii zapasowych	TAK/NIE	
44	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010r. (Dz. U. 2010r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.)	TAK/NIE	XXXX
Gwarancje i uruchomienie systemu			
45	Koszty transportu, instalacji oraz instruktażu z zakresu obsługi urządzenia oraz analizy danych dla min. 4 osób, u Zamawiającego pokrywa Wykonawca	TAK/NIE	XXXX
46	Czas reakcji serwisu maksimum 48 godzin	TAK/NIE	XXXX
57	Czas naprawy maksymalnie 21 dni w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX
48	Pełna gwarancja na wszystkie oferowane urządzenia wchodzące w skład oferowanego aparatu minimum 24 miesiące od daty protokolarnego odbioru urządzenia w miejscu instalacji u Zamawiającego (*Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert)	XXXX	
49	Minimum 10 letni okres gwarantowania dostępności części zamiennych	TAK/NIE	XXXX
50	Darmowa aktualizacja oprogramowania aparatu	TAK/NIE	
51	Wszystkie wymagane przez producenta oferowanego urządzenia, przeglądy w okresie gwarancji zawarte w cenie ofert	TAK/NIE	XXXX

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

- A. Cena: 80%
B. Gwarancja (w miesiącach): 20%

Minimalny czas gwarancji: 24 miesiące

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 36 miesięcy lub więcej.

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 9: Dostawa inklinometru w ramach projektu pn.: „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
<i>Poz. nr 1 Inklinometr elektroniczny</i>			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	Inklinometr elektroniczny	TAK / NIE	XXXX
	Minimalne wymagania techniczne:		
2.	Urządzenie powinno pozwalać na pomiar wielkości kąta krzywizn kręgosłupa oraz pomiaru zakresu ruchu w stawach obwodowych.	TAK / NIE	XXXX
3.	Obudowa pochylomierza powinna być odporna na wstrząsy.	TAK / NIE	XXXX
4.	Urządzenie ma mieć możliwość zerowania w każdej pozycji celem ustalenia pozycji odniesienia.	TAK / NIE	XXXX
5.	W każdej pozycji pomiarowej powinno mieć możliwość „zamrożenia” wartość na wyświetlaczu.	TAK / NIE	XXXX
	W skład systemu muszą wchodzić wszystkie niezbędne do prawidłowego funkcjonowania elementy i akcesoria w tym:		
9.	Ręczny inklinometr elektryczny	TAK / NIE	XXXX
10.	podręcznik metodyki pomiarów zakresów,	TAK / NIE	XXXX
11.	przystawka z linijką,	TAK / NIE	XXXX
12.	przystawka do pomiarów nad nieregularnymi powierzchniami	TAK / NIE	XXXX
13.	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010r. (Dz. U. 2010r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.)	TAK / NIE	XXXX
	Gwarancje		
14.	Przyrząd powinien być objęty gwarancją nie krótszą niż 12 miesięcy. <i>(*Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert)</i>	XXXX	
15.	Czas reakcji serwisowej max. 72 godz.	TAK/NIE	XXXX
16.	Czas naprawy max. 21 dni, w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX
17.	Dostawę do siedziby Zamawiającego pokrywa Wykonawca	TAK/NIE	XXXX

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.

5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

- A. Cena: 80%
B. Gwarancja (w miesiącach): 20%

Minimalny czas gwarancji: 12 miesiące

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 24 miesiące lub więcej.

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 10: Dostawa elektromiografu dwukanałowego w ramach projektu pn.: „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Poz. nr 1 Elektromiograf dwukanałowy - 5 sztuk			
Lp	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia
1	2	3	4
1.	Urządzenie do rejestracji bioelektrycznych potencjałów powstających podczas pracy mięśni. Pozwala na diagnostykę i stymulację mięśni (szkieletowych i dna miednicy); z funkcją stymulacji biofeedback, z komputerem i oprogramowaniem.	TAK/NIE	XXXX
2.	Rządzenie powinno mieć możliwość diagnostyki i terapii dwóch i więcej grup mięśni	TAK/NIE	XXXX
3.	Urządzenie powinno posiadać 2 kanały elektrostymulacji., Urządzenie powinno posiadać funkcję ETS (terapia biofeedback połączony z elektrostymulacją).	TAK/NIE	XXXX
4.	Urządzenie powinno posiadać możliwość prowadzenia terapii emg biofeedback oraz elektrostymulacji FES, NMES, TENS i możliwość wielu ustawień dla własnych potrzeb	TAK/NIE	XXXX
5.	Urządzenie powinno pozwalać na bezpośredni podgląd aktywności mięśni na ekranie wyświetlacza oraz możliwość transferu obrazu do komputera	TAK/NIE	XXXX
Oprogramowanie (szt. 2)			
6.	Oprogramowanie urządzenia powinno pozwalać na wizualizacją aktywności mięśni oraz archiwizację zapisów i analizę danych.	TAK/NIE	XXXX
7.	W oprogramowaniu powinna znajdować się duża baza programów terapeutycznych i programów użytkownika.	TAK/NIE	XXXX
8.	Urządzenie i oprogramowanie powinno posiadać funkcję programowania opóźnienia między kanałami w celu uzyskania kolejnych pobudzeń mięśni.	TAK/NIE	XXXX
9.	Oprogramowanie komputerowe przeznaczone dla urządzeń powinno pozwalać na: utworzenie bazy pacjentów, zapis i późniejszą edycję każdego badania, obrazowanie aktywności mięśni na ekranie komputera w czasie rzeczywistym, ćwiczenia biofeedback w formie szablonów lub gier komputerowych, tworzenie własnych szablonów do ćwiczeń mięśni, standaryzowany test diagnostyczny Skurcz/Rozkurcz, analizę postępów leczenia w specjalnych Raportach, wydruki danych o pacjentach, uwag badającego i wyników badań.	TAK/NIE	XXXX
10.	Oprogramowanie musi posiadać komunikaty tekstowe i głosowe dla pacjentów w języku Polskim	TAK/NIE	XXXX
11.	Do każdego z pięciu zestawów powinny być dostarczone wszystkie niezbędne do pracy akcesoria (kable, elektrody i inne niezbędne) oraz instrukcje obsługi.	TAK/NIE	XXXX
12.	Do każdego urządzenia powinno być dostarczone 20 kompletów 4 elektrod samoprzylepnych do indywidualnego stosowania.	XXXX	

13.	Do całego zestawu powinny być dostarczone 4 specjalne rękawice (2 prawe i 2 lewe) do stymulacji dłoni z adapterem i kompletem elektrod w odpowiednich rozmiarach.	XXXX	
	Komputer przenośny szt. 1 (laptop) + torba transportowa. wymagania minimalne:		
14.	Procesor gwarantujący moc obliczeniową pozwalającą na obsługę specjalistycznego oprogramowania sprzętu (podać parametry), pracująca w standardzie 802.11 b/g/n, bluetooth, Wyjście VGA, łącze HDMI, 3 porty USB,	XXXX	
15.	Ekran minimum 15"	XXXX	
16.	Parametry komputera: pamięć RAM minimum 4 GB	XXXX	
17.	Parametry komputera: karta graficzna: pamięć minimum 512 MB	XXXX	
18.	Parametry komputera: dysk twardy minimum 500 GB	XXXX	
19.	karta sieciowa WiFi	TAK/NIE	XXXX
20.	Komputer powinien posiadać wbudowane głośniki i mikrofon	TAK/NIE	XXXX
21.	Parametry komputera: napęd optyczny DVD	TAK/NIE	XXXX
22.	Parametry komputera: nagrywarka CD oraz DVD	TAK/NIE	XXXX
23.	Parametry komputera: porty USB minimum 3 sztuki	XXXX	
24.	Parametry komputera: system operacyjny współpracujący z urządzeniami		
25.	Parametry komputera: system operacyjny w języku polskim powszechnie dostępny na rynku oraz kompatybilny z urządzeniem, posiadający: -funkcje udostępniania plików i drukarek w sieci domowej, -szybki dostęp do ulubionych plików, witryn www i dokumentów	TAK/NIE	XXXX
26.	Parametry komputera: Pakiet oprogramowania w języku polskim, zawierający: - edytor tekstów - arkusz kalkulacyjny - program do tworzenia prezentacji - szybka wyszukiwarka plików - pełna obsługa architektury 64 – bitowej - rozbudowane narzędzia administracyjne - możliwość tworzenia kont użytkowników - możliwość personalizacji wyglądu systemu za pomocą kompozycji oraz gadżetów - wbudowana ochrona przed oprogramowaniem szpiegującym i innym złośliwym oprogramowaniem - nawiązywanie bezpiecznego połączenia z sieciami firmowymi, - narzędzie do uruchamiania aplikacji niekompatybilnych z bieżącym systemem operacyjnym - współpraca w domenie - rozbudowane opcje automatycznych kopii zapasowych	TAK/NIE	XXXX
27.	Parametry komputera: pakiet biurowy zawierający: - narzędzie do tworzenia notatek i gromadzenia informacji - narzędzie poczty e-mail i kalendarza - program do śledzenia i raportowania ważnych informacji za pomocą łatwych w obsłudze narzędzi bazy danych	TAK/NIE	XXXX
28.	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010r. (Dz. U. 2010r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.)	TAK/NIE	XXXX
29.	Koszty transportu, instalacji oraz instruktażu z zakresu obsługi urządzenia oraz analizy danych dla min. 4 osób, u Zamawiającego pokrywa Wykonawca	TAK/NIE	XXXX
30.	Pełna gwarancja na wszystkie oferowane urządzenia wchodzące w skład oferowanego aparatu min. 24 miesiące od daty protokolarnego odbioru urządzenia w miejscu instalacji u Zamawiającego (*Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert)	XXXX	
31.	Minimum 10 letni okres gwarantowania dostępności części zamiennych	TAK/NIE	XXXX
32.	Darmowa aktualizacja oprogramowania aparatu	TAK/NIE	XXXX
33.	Czas reakcji serwisowej max. 72 godz.	TAK/NIE	XXXX
34.	Czas naprawy max. 21 dni w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

- A. Cena: 80%
B. Gwarancja (w miesiącach): 20%

Minimalny czas gwarancji: 24 miesiące

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 36 miesięcy lub więcej

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 11: Dostawa urządzenia do pomiarów momentów siły mięśniowych kończyn górnych i dolnych oraz dwuosioowego czujnika do analizy ruchu w ramach projektu pn.: „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
<i>Poz. nr 1</i> Zestaw do diagnostyki – pomiarów momentów sił mięśniowych i terapii kończyn górnych i dolnych, 1 szt.			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	Fotel wraz z przystawkami do diagnostyki kończyn górnych i dolnych – przynajmniej mięśni zginaczy i prostowników stawów: ramiennych, biodrowych i kolanowych oraz ćwiczeń czynnych i z oporem w/w grup mięśniowych	TAK/NIE	xxx
2.	Konstrukcja fotela umożliwiająca diagnostykę i ćwiczenia w pozycji leżącej oraz siedzącej	TAK/NIE	xxx
3.	Wymiary fotela: długość min. 164 cm	xxx	
	wysokość min. 155 cm	xxx	
	szerokość min. 98 cm	xxx	
	wysokość oparcia min. 88 cm	xxx	
4.	Regulowane oparcie przynajmniej od 0° do 90°	TAK/NIE	xxx
5.	Waga fotela – min. 49 kg	xxx	
6.	Obciążenie maksymalne – przynajmniej 160 kg	xxx	
7.	W zestawie przynajmniej 2 głowice oporowe, przynajmniej 2 pasy stabilizacyjne, przynajmniej 6 sztuk ciężarków	xxx	
8.	Zaczepty do mocowania taśm i rzemieni gumowych	TAK/NIE	xxx
9.	Dwa indukcyjnościowe przetworniki sił	TAK/NIE	xxx
10.	Moduł pomiarowy: dokładność odczytu – przynajmniej 8000 działek;	xxx	
	szybkość odczytu wskazań każdej z belek pomiarowych co najmniej – 100 ms,	xxx	
	klasa dokładności co najmniej 0,5%	xxx	
11.	Oprogramowanie pozwalające na zapis przynajmniej: długości ramienia przyłożonej siły, czasu trwania badania, wzrostu, wagi, daty urodzenia, daty badania, opisu badania	xxx	
12.	Oprogramowanie umożliwiające na pomiar i wyliczenie przynajmniej: wartości maksymalnej siły, wartości średniej siły, wartość popędu momentu siły ocenianych mięśni	xxx	
13.	Eksport zebranych danych do arkusza statystycznego	TAK/NIE	xxx
14.	Interfejs do komputera USB	TAK/NIE	xxx
15.	Wyposażenie: kabel USB, instrukcja obsługi, płyta instalacyjna	TAK/NIE	xxx
16.	Stacja robocza do rejestracji i analizy wyników	TAK/NIE	xxx
17.	Wysięgnik na monitor z regulowaną wysokością oraz monitor –	TAK/NIE	

	przynajmniej 32”		
19.	Dowóz i montaż uwzględnione w cenie	TAK/NIE	xxx
20.	Szkolenie uwzględnione w cenie – dla dowolnej liczby osób, trwające min. 4 godziny.	TAK/NIE	xxx
Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
<i>Poz. nr 2</i> Dwuosiowy czujnik do analizy ruchu, 1 szt.			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry techniczne oferowanego przedmiotu zamówienia
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1	Pojedynczy czujnik przyśpieszenia dwuosiowy do pomiarów kątowych	TAK/NIE	xxx
2	Funkcja manipulatora do biofeedbacku	TAK/NIE	xxx
3	Współpraca z zestawem do diagnostyki momentów sił mięśniowych	TAK/NIE	xxx

Czas reakcji serwisowej max. 72 godz.	TAK/NIE	XXXX
Czas naprawy max. 21 dni w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX

Wymagana min. gwarancja na <u>urządzenia z pozycji 1 i 2</u> min. 12 miesięcy* (*Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert)	Oferujemy gwarancję:
--	-----------------------------

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

- A. Cena: 80%
B. Gwarancja (w miesiącach): 20%

Minimalny czas gwarancji: 12 miesięcy

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 24 miesięcy lub więcej

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 12: Dostawa respiratora uniwersalnego w ramach projektu pn.: „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Respirator uniwersalny, 1 sztuka			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
	Wymagania ogólne		
1.	Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia	TAK/NIE	XXXX
2.	Sprzęt fabrycznie nowy	TAK/NIE	XXXX
3.	Respirator dla dorosłych i dzieci powyżej 3 kg	TAK/NIE	XXXX
4.	Zasilanie w tlen i z centralnego źródła sprężonych gazów od 2,8 do 6,0 bar lub z butli < 15 l/min, max 600 hPa	XXXX	
5.	Respirator stacjonarno - transportowy na podstawie jezdnej z możliwością montażu na półce. Waga respiratora bez podstawy jezdnej max 9,5 kg.	XXXX	
6.	Zasilanie 100-240 V 50/60 Hz	XXXX	
7.	Awaryjne zasilanie respiratora z wewnętrznego akumulatora min. 120 minut	XXXX	
8.	Wewnętrzna turbina pozwalająca na pracę respiratora bez elektrycznego zasilania zewnętrznego	TAK/NIE	XXXX
9.	Monitor z kolorowym ekranem, dotykowym min. 8" zabezpieczony przed przypadkową zmianą parametrów	XXXX	
	Tryby wentylacji		

10.	CMV	TAK/NIE	XXXX
11.	NIV	TAK/NIE	XXXX
12.	APRV	TAK/NIE	XXXX
13.	DuoPAP	TAK/NIE	XXXX
14.	PCV (biphasic)	TAK/NIE	XXXX
15.	Wentylacja wspomagana ciśnieniem SPONT	TAK/NIE	XXXX
16.	SIMV	TAK/NIE	XXXX
17.	Adaptacyjny tryb wentylacji ASV w zamkniętej pętli oddechowej wg wzoru Otis'a dla pacjentów aktywnych i pasywnych oddecho.	TAK/NIE	XXXX
	Parametry nastawialne		
18.	Częstość oddechów min. (1-80 odd/min)	XXXX	
19.	Objętość wdechowa min. (20 - 2000 ml)	XXXX	
20.	PEEP/CPAP min. (0-35 cmH2O)	XXXX	
21.	Stężenie tlenu min. (21-100%)	XXXX	
22.	Stosunek I:E od 1:9 do 4:1	XXXX	
23.	Czas wdechu min. (0.1 do 12,0 sek.)	XXXX	
24.	Wyzwalanie przepływem - min. (od 1 do 20 l/min)	XXXX	
25.	Ciśnienie wdechu min. (3 – 60 cm H2O) powyżej PEEP/CPAP	XXXX	
26.	Ciśnienie wspomaganie minimalny zakres od 0 do 60 cm H2O powyżej PEEP/CPAP min-max	XXXX	
27.	Czas narastania ciśnienia min. (0 – 2000 ms)	XXXX	
28.	Czułość rozpoczęcia fazy wydechu minimalny zakres od 5 do 80% przepływu szczytowego wdechowego	XXXX	
29.	Przepływ szczytowy spontaniczny >210 l/min	XXXX	
30.	Regulowany czas bezdechu	TAK/NIE	XXXX
31.	Czułość rozpoczęcia fazy wydechu minimalny zakres od 5 do 80% przepływu szczytowego wdechowego	XXXX	
	Monitorowanie i obrazowanie parametrów wentylacji		
32.	Możliwość wyboru parametrów monitorowanych		
	Minimalne ciśnienie	TAK/NIE	XXXX
	Szczytowe ciśnienie	TAK/NIE	XXXX
	Średnie ciśnienie	TAK/NIE	XXXX
	Ciśnienie plateau	TAK/NIE	XXXX

	Ciśnienie	TAK/NIE	XXXX
	Ciśnienie PEEP/CPAP	TAK/NIE	XXXX
	Szczytowy przepływ wdechowy	TAK/NIE	XXXX
	Szczytowy przepływ wydechowy	TAK/NIE	XXXX
	Całkowita objętość wydechowa	TAK/NIE	XXXX
	Całkowita objętość wdechowa	TAK/NIE	XXXX
	Objętość pojedynczego oddechu	TAK/NIE	XXXX
	Wydechowa objętość minutowa	TAK/NIE	XXXX
	Wydechowa objętość minutowa oddechów spontanicznych	TAK/NIE	XXXX
	% objętość przecieku	TAK/NIE	XXXX
	Stosunek wdechu do wydechu	TAK/NIE	XXXX
	Całkowita częstość oddechów	TAK/NIE	XXXX
	Całkowita częstość oddechów spontanicznych	TAK/NIE	XXXX
	Procentowa ilość oddechów spontanicznych	TAK/NIE	XXXX
	Czas wdechu i wydechu	TAK/NIE	XXXX
	Podatność statyczna płuc	TAK/NIE	XXXX
	Index dyszenia RSB	TAK/NIE	XXXX
	Wysięk oddechowy pacjenta PTP	TAK/NIE	XXXX
	Stała czasowa wydechu	TAK/NIE	XXXX
	Stała czasowa wydechowa RCexp	TAK/NIE	XXXX
	Wdechowy opór przepływu Rinsp.	TAK/NIE	XXXX
	AutoPEEP	TAK/NIE	XXXX
33.	Obrazowanie krzywych w czasie rzeczywistym – objętość, przepływ, ciśnienie. Min. dwie krzywe obrazowane jednocześnie	TAK/NIE	XXXX
34.	Trendy monitorowanych parametrów minimum 4 opcje do wyboru: 1, 6, 12, 24 godzinne	XXXX	
35.	Obrazowanie pętli: P/V, V-Flow, P-Flow, V-CO2	TAK/NIE	XXXX
36.	Możliwość zatrzymania krzywych prezentowanych na monitorze w dowolnym momencie w celu ich analizy	TAK/NIE	XXXX
	Alarmy		
37.	Niskiej / wysokiej objętości minutowej	TAK/NIE	XXXX
38.	Wysokiego / niskiego ciśnienia wdechowego	TAK/NIE	XXXX

39.	Niskiej / wysokiej objętości oddechowej	TAK/NIE	XXXX
40.	Niskiej / wysokiej częstości oddechów	TAK/NIE	XXXX
41.	Czasu bezdechu	TAK/NIE	XXXX
42.	Poziomu koncentracji tlenu	TAK/NIE	XXXX
43.	Rozłączenia układu pacjenta	TAK/NIE	XXXX
44.	Zatkania gałęzi wydechowej układu pacjenta	TAK/NIE	XXXX
45.	Sensora przepływu	TAK/NIE	XXXX
46.	Brak zasilania elektrycznego	TAK/NIE	XXXX
47.	Niski poziom naładowania baterii	TAK/NIE	XXXX
48.	Brak zasilania w tlen	TAK/NIE	XXXX
49.	Poziom głośności alarmów – ustawialny	TAK/NIE	XXXX
	Inne funkcje i wyposażenie		
50.	Integralny nebulizator synchroniczny	TAK/NIE	XXXX
51.	Złącze niskociśnieniowe tlenu pozwalające na pobór O ₂ z koncentratora	TAK/NIE	XXXX
52.	Funkcja „zawieszenia” pracy respiratora (Standby)	TAK/NIE	XXXX
53.	Autotest aparatu samoczynny i na żądanie	TAK/NIE	XXXX
54.	Procedura odsysania ze 100% natlenowaniem	TAK/NIE	XXXX
55.	Kompletny układ oddechowy	TAK/NIE	XXXX
56.	Ramię podtrzymujące układ oddechowy	TAK/NIE	XXXX
57.	Możliwość instalacji kapnometrii w strumieniu główny	TAK/NIE	XXXX
58.	Proksymalny czujnik przepływu	TAK/NIE	XXXX
59.	Pamięć min. 1000 zdarzeń z podaniem daty i godziny	TAK/NIE	XXXX
60.	Komunikacja i instrukcja obsługi w języku polskim	TAK/NIE	XXXX
	Wymagania dodatkowe		
61.	Szkolenia w miejscu instalacji oraz instalacja dla min 5 lekarzy w terminie uzgodnionym z zamawiającym	TAK/NIE	
62.	Gwarancja min. 24 miesiące. *(Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert)	XXXX	
63.	Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim		
64.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i zagwarantowanie serwisu urządzenia	TAK/NIE	XXXX
65.	Wszystkie wymagane przez producenta oferowanego aparatu przeglądy w okresie gwarancji zawarte w cenie oferty	TAK/NIE	

66.	Czas reakcji serwisowej max. 72 godz.	TAK/NIE	XXXX
67.	Czas naprawy max. 21 dni w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

- A. Cena: 90%
- B. Gwarancja (w miesiącach): 10%

Minimalny czas gwarancji: 24 miesiące.

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 48 miesięcy lub więcej

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Zadanie nr 13: Dostawa pompy przepływowej infuzyjnej w ramach projektu pn.:
„Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”**

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Pompa przepływowa infuzyjna- 1 zestaw			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry techniczne oferowanego przedmiotu zamówienia
1	2	3	4
4	Pompa objętościowa przeznaczona do podaży leków, płynów infuzyjnych, żywienia pozajelitowego, podawania krwi i płynów krwiopochodnych, płynów światłoczułych oraz cytostatyków – 1 sztuka o poniższych parametrach:	TAK/NIE	XXXX
5	Klasa ochrony I, typ CF, szczelność IP22	TAK/NIE	XXXX
6	Zasilanie 220/240 V AC, 50/60 Hz oraz 12 V DC	XXXX	
7	Szybkość dozowania w zakresie 0,1-1200 ml/h lub szerszym	XXXX	
8	Możliwość programowania parametrów podaży Bolus-a oraz Dawki Indukcyjnej	TAK/NIE	XXXX
9	Programowanie parametrów infuzji w jednostkach: <ul style="list-style-type: none"> • ml • ng, µg, mg, • mIU, IU, kIU, • na kg wagi ciała lub nie, • na min., godz., dobę. • mol, nmol, mmol, µmol 	TAK/NIE	XXXX
10	Klawiatura numeryczna do wprowadzania wartości parametrów infuzji	TAK/NIE	XXXX
11	Biblioteka leków – nazwy wraz z procedurami dozowania leków. Pojemność biblioteki min. 120 leków	XXXX	
12	Regulowane progi ciśnienia okluzji od 50 do 950 mmHg lub w szerszym zakresie, min. 10 poziomów	XXXX	
13	Historia infuzji – min. 2000 wpisów z datą i godziną zdarzenia	XXXX	
14	Czas pracy z akumulatora min. 10 h przy infuzji 25ml/h	XXXX	
15	Czas ładowania akumulatora do 100% po pełnym rozładowaniu – maks. 5h	XXXX	
16	Zasilanie pomp mocowanych poza stacją dokującą bezpośrednio z sieci energetycznej – niedopuszczalny jest zasilacz zewnętrzny.	TAK/NIE	XXXX
17	Waga pompy do 2.5 kg	XXXX	
	Pompa strzykawkowa do zestawu (5 sztuk) o poniższych parametrach:		
18	Klasa ochrony I, typ CF, szczelność IP22	TAK/NIE	XXXX
19	Zasilanie 220/240 V AC, 50/60 Hz oraz 12 V DC	XXXX	
20	Stosowanie strzykawek w zakresie min. (5 – 50/60 ml)	XXXX	
21	Strzykawka montowana od czola a nie od góry pompy.	TAK/NIE	XXXX
22	Strzykawka nie wychodząca poza obudowę pompy	TAK/NIE	XXXX

23	Szybkość dozowania w zakresie min. (0,1-2000 ml/h)	XXXX	
24	Możliwość programowania parametrów podaży Bolus-a oraz Dawki Indukcyjnej	TAK/NIE	XXXX
25	Programowanie parametrów infuzji w jednostkach: <ul style="list-style-type: none"> • ml • ng, µg, mg, • mIU, IU, kIU, • na kg wagi ciała lub nie, • na min., godz., dobę. • mol, nmol, mmol, µmol 	TAK/NIE	XXXX
26	Klawiatura numeryczna do wprowadzania wartości parametrów infuzji	TAK/NIE	XXXX
27	Biblioteka leków – nazwy wraz z procedurami dozowania leków. Pojemność biblioteki min. 120 leków	XXXX	
28	Regulowane progi ciśnienia okluzji od 50 do 1000 mmHg , min. 10 poziomów lub szerszym	XXXX	
29	Historia infuzji – min. 2000 wpisów z datą i godziną zdarzenia	XXXX	
30	Czas pracy z akumulatora min. 20 h przy infuzji 5ml/h	XXXX	
31	Czas ładowania akumulatora do 100% po pełnym rozładowaniu - maks 5h	XXXX	
32	Zasilanie pomp mocowanych poza stacją dokującą bezpośrednio z sieci energetycznej – niedopuszczalny jest zasilacz zewnętrzny.	TAK/NIE	XXXX
33	Waga każdej pompy do 2.5 kg	XXXX	
34	Dodatkowy element umożliwiający spięcie min 2 pomp w jeden zestaw	TAK/NIE	XXXX
35	Statyw do mocowania pomp zawierający gniazda elektryczne – min 5 sztuk	TAK/NIE	XXXX
	Wymagania dodatkowe:		
36	Szkolenia w miejscu instalacji oraz instalacja dla min. 5 osób w terminie uzgodnionym z zamawiającym	TAK/NIE	
37	Pełna gwarancja na wszystkie oferowane urządzenia wchodzące w skład oferowanego zestawu min. 24 miesiące . Autoryzowany serwis gwarancyjny i zagwarantowanie serwisu urządzenia. <i>*(Stanowi kryterium oceny ofert)</i>	XXXX	
38	Czas reakcji serwisowej max. 72 godz.	TAK/NIE	XXXX
39	Czas naprawy max. 21 dni w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

- A. Cena: 90%
B. Gwarancja (w miesiącach): 10%

Minimalny czas gwarancji: 24 miesiące.

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 48 miesięcy lub więcej

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 14: Dostawa łóżka szpitalnego dla dorosłego w ramach projektu pn.: „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Łóżko szpitalne dla dorosłego, 2 sztuki			
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry techniczne oferowanego przedmiotu zamówienia
1	2	3	4
1.	Łóżko wielofunkcyjne, czterosegmentowe, z czego minimum trzy segmenty ruchome	TAK/NIE	XXXX
2.	Konstrukcja łóżka wykonana z prostokątnych profili ze stali węglowej lakierowanej proszkowo lakierem poliestrowo-epoksydowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV. Główna konstrukcja łóżka wykonana z profili o przekroju min. 5x3 cm gwarantujących stabilność konstrukcji i wysokie obciążenie użytkowe	TAK/NIE	XXXX
3.	Przestrzeń pomiędzy podstawą a leżem pozbawiona przewodów – łóżko całkowicie pozbawione jakichkolwiek przewodów pomiędzy podstawą i leżem. Siłowniki do poszczególnych regulacji segmentów leża montowane bezpośrednio pod leżem	TAK/NIE	XXXX
4.	Łóżko bez zewnętrznej ramy ułatwiającej dostęp do pacjenta jak również schodzenie pacjentów z łóżka	TAK/NIE	XXXX
5.	Leże podzielone na 4 segmenty w tym min. 3 ruchome (segment oparcia pleców, segment uda i podudzia). Segmenty wypełnione panelami z siatki montowanymi na stałe lub wyjmowanymi. Leże wyposażone w zabezpieczenie przed przesuwaniem się materaca na boki co najmniej w segmencie oparcia pleców oraz segmencie uda oraz przed przesuwaniem się materaca wzdłuż co najmniej w segmencie nożnym	TAK/NIE	XXXX
6.	Leże wypełnione płytą HPL przezierna dla RTG	TAK/NIE	XXXX
7.	Długość łóżka min. 2180 mm	XXXX	
8.	Szerokość całkowita łóżka min. 950 mm	XXXX	
9.	Długość segmentu oparcia pleców min. 800 mm	XXXX	

10.	Długość segmentu stałego min. 220 mm	XXXX	
11.	Długość segmentu uda min. 340 mm	XXXX	
12.	Długość segmentu podudzia min. 625 mm	XXXX	
13.	Długość x szerokość leża min. (2000 x 850 mm)	XXXX	
14.	Tuleje uniwersalne umożliwiające montaż wieszaka kroplówki lub uchwytu ręki umieszczone przy segmencie oparcia pleców. Dodatkowe dwie tuleje umożliwiające montaż wieszaka kroplówki przy segmencie nóg pacjenta – możliwość montażu wieszaka kroplówki w każdym narożniku leża oraz możliwość montażu innego wyposażenia np. ramy wyciągowej	TAK/NIE	XXXX
15.	Funkcje łóżka regulowane elektrycznie za pomocą siłowników elektrycznych sterowanych pilotem ręcznym przewodowym lub bezprzewodowym: - regulacja wysokości - regulacja segmentu oparcia pleców - regulacja segmentu uda - funkcja autokontur - regulacja przechyłów wzdłużnych do pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga Sterownik wyposażony w blokadę w postaci kluczyka umożliwiającego blokowanie funkcji sterujących przez personel	TAK/NIE	XXXX
16.	Wysokość minimalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca maks. 350 mm	XXXX	
17.	Wysokość maksymalna leża mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny segmentów leża bez materaca min. 750 mm	XXXX	
18.	Regulacja elektryczna kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w stosunku do poziomu ramy leża w zakresie do min. 72°	XXXX	
19.	Autoregresja oparcia pleców min. 110 mm	XXXX	
20.	Regulacja elektryczna kąta nachylenia segmentu ud w stosunku do poziomu ramy leża min. 40°	XXXX	
21.	Regulacja segmentem podudzia przy pomocy listwy zębatej, zapadkowej w zakresie min. 20°	XXXX	
22.	Możliwość ustawienia łóżka w pozycji Fowlera oraz krzesła kardiologicznego	TAK/NIE	XXXX
23.	Funkcja autokontur; jednoczesna regulacja segmentów oparcia pleców i ud uzyskiwana przy pomocy jednego przycisku na sterowniku ręcznym	TAK/NIE	XXXX
24.	Funkcja CPR; awaryjne poziomowanie segmentu oparcia pleców przy pomocy niezależnej dźwigni mechanicznej	TAK/NIE	XXXX

	umieszczonej pod leżem łóżka		
25.	Regulacja elektryczna pozycji Trendelburga i anty-Trendelburga w zakresie do min. 18° obustronnie	TAK/NIE	XXXX
26.	Szczyty wykonane z tworzywa wyjmowane z wklejką kolorystyczną – kolor wklejki do wyboru (min. 5 kolorów drewnopodobnych). Szczyty szybko i łatwo demontowalne do reanimacji bez konieczności użycia narzędzi oraz konieczności zwalniania blokad	TAK/NIE	XXXX
27.	Wbudowane zasilanie awaryjne (bateria) pozwalająca na wykonanie min. 5 pełnych cykli łóżka z pełnym obciążeniem dopuszczalnym w przypadku przejazdu łóżkiem bądź zaniku zasilania sieciowego (cykl rozumiany jako możliwość opuszczenia i podniesienia łóżka w pełnym zakresie regulacji wysokości oraz ustawienie segmentu oparcia pleców oraz uda także w pełnym zakresie regulacyjnym)	TAK/NIE	XXXX
28.	Podstawa wyposażona w cztery koła o średnicy min. 125 mm – bieżnik wykonany z materiału niebrudzącego powierzchni. Koła osłonięte obudową tworzywową. Minimum dwa koła z blokadą jazdy	TAK/NIE	XXXX
29.	Krażki odbojowe, tworzywowe w czterech rogach łóżka chroniące łóżko przed uszkodzeniami. Krażki obrotowe wokół własnej osi – średnica krażków min. 100 mm	TAK/NIE	XXXX
30.	Oslona tworzywowa elementów konstrukcyjnych podwozia na całej długości i szerokości łóżka	TAK/NIE	XXXX
31.	Oslony tworzywowe na zewnętrznych konstrukcyjnych elementach w leżu od strony nóg oraz głowy pacjenta pod szczytami	TAK/NIE	XXXX
32.	Dopuszczalne bezpieczne obciążenie min. 230 kg	XXXX	
33.	Zasilanie elektryczne 220-240V; 60 Hz/ 50 Hz	XXXX	
34.	Elementy odbojowe chroniące łóżko przed uszkodzeniami:	TAK/NIE	XXXX
	1. krażki odbojowe łóżka stanowiące najbardziej wysunięte elementy w rogach łóżka 2. Listwy odbojowe po bokach łóżka, umieszczone na najbardziej wysuniętych elementach konstrukcyjnych łóżka lub poręczy, aby chronić boki łóżka podczas przejazdu	TAK/NIE	XXXX
35.	Wyposażenie: - poręcze boczne lakierowane jednoczęściowe składane wzdłuż leża poniżej poziomu materaca nie wystające poza obrys zewnętrzny łóżka. Poręcze zbudowane z min. trzech poprzeczek poziomych oraz łączników pionowych i zabezpieczające min. 70% długości leża. Funkcja łatwego szybkiego, składania przy użyciu tylko jednej ręki – nie dopuszcza się poręczy składanych na ramę leża ani poręczy opuszczanych w dół. Poręcze boczne spełniające normę EN-60601-2-52 (lub równoważną) – 7 kpl.	TAK/NIE	XXXX

	- wieszak kroplówki	TAK/NIE	XXXX
	- materac przeciwoleżynowy pasywny na łóżko o następujących cechach:	TAK/NIE	XXXX
	- wymiar dostosowany do wymiarów leża łóżka	TAK/NIE	XXXX
	- Wkład – pianka	TAK/NIE	XXXX
	- Pianka przeciwoleżynowa typu „gofer” o gęstości co najmniej T35 kg/m ³	XXXX	
	- Bezfreonowa, nietoksyczna – nie zawierająca dimetylofumaranu	TAK/NIE	XXXX
	- Wykonana z materiałów antyalergicznym, antystatycznych	TAK/NIE	XXXX
	- Pokrowiec materaca	XXXX	
	- Wodoszczelny, nieprzepuszczalny dla zabrudzeń i zanieczyszczeń ciekłych (wydaliny, wydzieliny)	TAK/NIE	XXXX
	- Odporny na wszystkie środki dezynfekcyjne nie zawierające chloru	TAK/NIE	XXXX
	- Odporność na pranie w temp. 95°C lub wyższej	XXXX	
	- Odporny na dezynfekcję termiczną, parową w temp. 105°C lub wyższej i prasowanie w temp. 110°C lub wyższej	XXXX	
	- Pozytywne badanie na niepalność materiału (dotyczy materaca) – dołączyć wraz z dostawą	TAK/NIE	XXXX
	- Certyfikat Oeko-Tex Standard 100 lub równoważny (na materac) , który charakteryzuje się znakiem bezpieczeństwa wyrobów włókienniczych. Produkty, które posiadają ten znak, są wolne od substancji szkodliwych w stężeniach mających negatywny wpływ na stan zdrowia człowieka m.in. pestycydów, chlorofenoli, formaldehydu, barwników alergizujących, zabronionych barwników azowych i ekstrahowalnych metali ciężkich.	TAK/NIE	XXXX
	- Atest higieniczny PZH/ świadectwo jakości zdrowotnej na materac lub równoważny, który to atest jest świadectwem, że przedstawiony do oceny wyrób, podczas stosowania zgodnego z zaleceniami producenta, nie wpływa negatywnie na zdrowie i środowisko	TAK/NIE	XXXX
36.	Gwarancja min. 24 miesiące. *(Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert)	XXXX	
37.	Deklaracja zgodności CE na łóżko i materac – dołączyć wraz z dostawą	TAK/NIE	XXXX
38.	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie dla materaca i łóżka zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010r. (Dz. U. 2010r. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.) – dołączyć wraz z dostawą	TAK/NIE	XXXX

40.	Zapewnienie przez Wykonawcę dostępności części zamiennych przez okres min. 10 lat	TAK/NIE	XXXX
41.	Certyfikat ISO 9001 oraz 13485 dla producenta łóżek (lub równoważny)	TAK/NIE	XXXX
	Wymagania dodatkowe:		
42.	Czas reakcji serwisowej max. 72 godz.	TAK/NIE	XXXX
43.	Czas naprawy max. 21 dni w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

- A. Cena: 90%
- B. Gwarancja (w miesiącach): 10%

Minimalny czas gwarancji: 24 miesiące.

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 48 miesięcy lub więcej.

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

Zadanie nr 15: Dostawa monitora modułowego podstawowych parametrów życiowych w ramach projektu pn.: „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych”

Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia

Nazwa przedmiotu zamówienia		Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)	
Monitor modułowy podstawowych parametrów życiowych, 1 sztuka		*	
Lp.	Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia	Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia	Parametry techniczne oferowanego przedmiotu zamówienia
1	2	3	4
1.	Kardiomonitor wyposażony w niezależne, wbudowane na stałe moduły pomiarowe, przeznaczony do pracy z noworodkami, dziećmi i dorosłymi <i>Zamawiający dopuszcza również kardiomonitor modułowy wyposażony w niezależne moduły pomiarowe, przeznaczony do pracy z noworodkami, dziećmi i dorosłymi</i>	XXXX	
2.	Wbudowane moduły oraz LCD TFT (o przekątnej ekranu min. 19 cali i rozdzielczości min. 1280 x 1024 pikseli) w jednej wspólnej obudowie. Obudowa wyposażona w uchwyt do łatwego przenoszenia urządzenia.	XXXX	
3.	Kardiomonitor chłodzony konwekcyjnie, zasilany z sieci 230 VAC i z wewnętrznego, wbudowanego akumulatora przez min. 1 godz. pracy.	TAK/NIE	XXXX
4.	Waga kardiomonitora ze wszystkimi wymaganymi modułami i z wbudowanym akumulatorem poniżej 8 kg	XXXX	
5.	Prezentacja jednocześnie min. 8 krzywych dynamicznych na wybranym ekranie	XXXX	
6.	Min. 96-ciogodzinne trendy (graficzne i tabelaryczne) z rozdzielczością nie gorszą niż 10 s	XXXX	
7.	Obsługa w języku polskim przez ekran dotykowy	TAK/NIE	XXXX
8.	Alarmy min. trzystopniowe. Możliwość czasowego zawieszania alarmów	TAK/NIE	XXXX
9.	Pamięć min. 300 ostatnich zdarzeń alarmowych z zapisem wszystkich monitorowanych wartości w postaci liczbowej i z zapisem wszystkich monitorowanych fal dynamicznych (min 6 odprowadzeń ekg, fali oddechu metodą impedancyjną, krzywej pletyzmograficznej i fali CO2)	XXXX	
10.	Ciągły zapis w pamięci kardiomonitora wszystkich monitorowanych wartości liczbowych i wszystkich monitorowanych fal dynamicznych (min 6 odprowadzeń ekg, fali oddechu metodą impedancyjną, krzywej pletyzmograficznej, fali CO2) min. z ostatnich 96 h	XXXX	
11.	Możliwość konfigurowania i zapamiętywania przez użytkownika min. 8 ekranów (w tym ekranu dużych cyfr)	XXXX	
12.	Wbudowane złącze RJ-45	TAK/NIE	XXXX
13.	Min. 2 wbudowane złącza USB.	TAK/NIE	XXXX

	Jedno złącze USB wykorzystywane do zgrania pamięci z ciągłym zapisem wszystkich krzywych dynamicznych oraz wszystkich wartości liczbowych z ostatnich min. 96 godz. monitorowania pacjenta na Pendrive i następnie do komputera użytkownika Drugie złącze USB umożliwiające podłączenie klawiatury lub myszy		
14.	WBUDOWANY MODUŁ EKG/ST/Arytm/Resp: - zakres częstości akcji serca: min. (15-300 l/min)	XXXX	
	- obserwacja min 6 odprowadzeń EKG jednocześnie z kabla 3 żyłowego	TAK/NIE	XXXX
	- możliwość wyboru 1 z min. 4 dostępnych prędkości fal EKG	XXXX	
	- analiza odcinka ST z 6 odprowadzeń jednocześnie z kabla 3 żyłowego	TAK/NIE	XXXX
	- analiza min. 12 arytmii	XXXX	
	- respiracja metodą impedancyjną	TAK/NIE	XXXX
	- częstość oddechu w zakresie min. (0-150 /min)	XXXX	
	- alarm bezdechu w zakresie min. (5-45 s)	XXXX	
	- prezentacja fali oddechu	TAK/NIE	XXXX
	- wybór elektrod do detekcji oddechu (szczytami płuc lub przeponą) bez konieczności przepinania kabla EKG	TAK/NIE	XXXX
	- wyposażenie do modułu: kabel EKG min 3 żyłowy oraz zapasowy komplet min 3 końcówek do kabla EKG i min10 opakowań elektrod EKG (pakowanych po 30 szt.)	TAK/NIE	XXXX
15.	WBUDOWANY MODUŁ SpO2 odporny na niską perfuzję i artefakty ruchowe - prezentacja krzywej pletyzmograficznej	TAK/NIE	XXXX
	- wartość saturacji w zakresie min. (1-100%)	XXXX	
	- tętno obwodowe w zakresie min. (20-300/min)	XXXX	
	- wyposażenie do modułu: przedłużacz SpO2 i wielorazowy czujnik SpO2 typu Y z opaską wielorazową i wielorazowy czujnik typu klips na palec	TAK/NIE	XXXX
16.	WBUDOWANY MODUŁ nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia - zakres pomiarowy 15 - 260 mmHg lub szerszy	XXXX	
	- możliwość włączenia trybu noworodkowego przez użytkownika	TAK/NIE	XXXX
	- pomiar automatyczny w zakresie min. (od 1 do 480 min)	XXXX	
	- pomiaru ciągły oraz na żądanie	TAK/NIE	XXXX
	- pomiar wartości pulsu z mankietu z prezentacją na ekranie	TAK/NIE	XXXX
	- pomiar i jednoczesna prezentacja ciśnienia skurczowego, średniego i rozkurczowego	TAK/NIE	XXXX
	- możliwość wstępnego ustawiania górnego zakresu pompowania przez użytkownika	TAK/NIE	XXXX

	- szybki dostęp do ostatnich min. 15 pomiarów ciśnienia wraz z informacją o czasie pomiaru	TAK/NIE	XXXX
	- wyposażenie do modułu: min. 5 różnych mankietów dla noworodków, min. 3 mankiety pediatryczne i min. 2 dla dorosłych oraz uniwersalny wężyk z szybkozłączką	TAK/NIE	XXXX
17.	WBUDOWANY MODUŁ temperatury - zakres pomiarowy min. (10-45 C)	XXXX	
	- prezentacja co najmniej jednej wartości	TAK/NIE	XXXX
	- wyposażenie do modułu: min. 3 sondy powierzchniowe: 1 dla noworodków, 1 dla dzieci, 1 dla dorosłych	TAK/NIE	
18.	WBUDOWANY MODUŁ do pomiaru zawartości CO2 we frakcji wdechowej i wydechowej (inCO2 i etCO2) w bocznym strumieniu - zakres pomiarowy: min. (1-99 mmHg)	XXXX	
	- prezentacja krzywej kapnograficznej	TAK/NIE	XXXX
	- monitorowanie częstości oddechu w zakresie min. (0-150/min.) z alarmem bezdechu w zakresie min. (5-45 s)	XXXX	
	- wyposażenie: min. 4 zestawy: 2 dla noworodków i 2 dla dzieci/dorosłych	TAK/NIE	XXXX
19.	WBUDOWANY MODUŁ rejestratora termicznego - możliwość wydruku 6 bieżących fal EKG jednocześnie	TAK/NIE	XXXX
	- możliwość wydruku 6 bieżących, dowolnie wybranych przez użytkownika fal dynamicznych jednocześnie (np. 3 fale EKG, fala oddechu, fala pletyzmograficzna i fala CO2)	TAK/NIE	XXXX
	- możliwość włączenia bieżących wydruków alarmowych wyposażenie: min. 10 rolek papieru termicznego	TAK/NIE	XXXX
20.	Możliwość rozbudowy o saturację dualną, ciśnienie metodą krwawą w 2 kanałach, temperaturę w drugim kanale, pomiar rzutu serca metodą termodylucji, pomiar rzutu serca metodą kardiografii impedancyjnej, analizator gazów anestetycznych	TAK/NIE	XXXX
21.	Stojak jezdy (na co najmniej 5 kołach z blokadą dwóch kół) ze stali nierdzewnej z koszyczkiem na akcesoria i półką pod kardiomonitor	TAK/NIE	XXXX
22.	Dodatkowe wyposażenie do stanowiska (defibrylator na wózku wg. poniższego opisu) dopasowany kolorem do kardiomonitora	TAK/NIE	XXXX
	Defibrylator dwufazowy		
23.	Defibrylacja dorosłych i dzieci	TAK/NIE	XXXX
24.	Dwufazowa fala defibrylacji	TAK/NIE	XXXX
25.	Energia wstrząsu min. (od 1 do 360 J)	XXXX	
26.	Energia dostępna na min. 19 poziomach	XXXX	
27.	Czas ładowania do pełnej energii < 10 sek.	XXXX	
28.	Defibrylacja ręczna – prowadzona przez twarde łyżki zewnętrzne dla dorosłych i mniejsze łyżki dla dzieci , łyżki kompletne dostępne w zestawie	TAK/NIE	XXXX
29.	Defibrylacja synchroniczna (kardiowersja) Możliwość dokonania kardiowersji także bez kabla EKG (wtedy odczyt sygnału EKG do synchronizacji z łyżek twardej defibrylatora) oraz zapewniona możliwość wykonania kardiowersji z wykorzystaniem kabla EKG 3	TAK/NIE	XXXX

	żyłowego		
30.	Defibrylacja półautomatyczna AED z komendami głosowymi obowiązkowo w języku polskim Wyposażenie: min. 2 komplety elektrod	TAK/NIE	XXXX
31.	Kolorowy ekran o przekątnej min. 6,5 cala, LCD TFT z aktywną matrycą o rozdzielczości nie gorszej niż 640 x 480 pikseli	XXXX	
32.	Oprogramowanie w języku polskim	TAK/NIE	XXXX
33.	Zasilanie z sieci 230 V/50Hz i z akumulatora wewnętrznego. Możliwość min. 90-cio minutowego monitorowania pacjenta lub możliwość wykonania min. 50 defibrylacji maksymalną energią z zasilania akumulatorowego. Nieograniczone w czasie monitorowanie i nieograniczone, co do liczebności defibrylacje z zasilania sieciowego.	XXXX	
34.	Ciężar samego defibrylatora z wbudowanymi parametrami (defibrylacja, kardiowersja, EKG/Resp, SpO2, ciśnienie nieinwazyjne, temperatura, kapnometra, rejestrator) wraz z akumulatorem i łyżkami twardymi dla dzieci i dorosłych poniżej 7,5 kg	XXXX	
35.	Wbudowany rejestrator termiczny z wydrukiem na papierze termicznym o szerokości ≥ 50 mm, Wyposażenie do rejestratora: minimum 10 rolek papieru termicznego	XXXX	
36.	EKG Monitorowanie EKG poprzez kabel pacjenta 3 odprowadzeniowy umożliwiający jednoczesną obserwację 6 odprowadzeń EKG (I, II, III, aVr, aVl, aVf). Możliwość monitorowania także odprowadzenia przedsercowego V po zakupie kabla ekg 5 żyłowego Min. 5 wartości wzmocnienia dla 1mV: x0,25; x0,5; x1; x2; x4 Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany w zakresie pomiarowym min. (od 15 do 300 u./min). Wyposażenie: kabel EKG 3 żyłowy	XXXX	
37.	Pomiar oddechu metodą impedancyjną w zakresie min. (5-150 oddechów/min) z prezentacją krzywej oraz z alarmem bezdechu w zakresie min. (5-50 s)	XXXX	
38.	Pulsoksymetria (SpO2)		
	Pomiar saturacji krwi tętniczej także przy niskiej perfuzji oraz w sytuacji artefaktów ruchowych w zakresie min. (od 1 do 100 %)	XXXX	
	Możliwość obserwacji krzywej pletyzmograficznej na ekranie	TAK/NIE	XXXX
	Możliwość ustawienia przez użytkownika granic alarmowych i ich dowolnej zmiany w zakresie pomiarowym min. (od 1 do 100%) dla saturacji i min. (od 20 do 300/min) dla pulsu obwodowego.	XXXX	
	Na wyposażeniu czujnik wielorazowy typu klips na palec wraz z przedłużaczem oraz wielorazowy czujnik typu Y	TAK/NIE	XXXX
39.	Nieinwazyjny pomiar ciśnienia (NIBP) w zakresie min. (15-265 mmHg) w trybie na żądanie, ciągłym oraz automatycznym (do wyboru przez użytkownika) Na wyposażeniu wężyk oraz min. 5 różnych mankietów wielorazowych dla dzieci i dorosłych (dziecięce –kolorowe) Zamawiający dopuszcza również: pomiar ciśnienia (NIBP) w zakresach: Zakres pomiaru skurczowego ciśnienia krwi: od 30 do 255 mmHg Zakres pomiaru rozkurczowego ciśnienia krwi: od 15 do 220 mmHg Zakres pomiaru średniego ciśnienia tętniczego: od 20 do 235 mmHg, w trybie na żądanie, ciągłym oraz automatycznym (do wyboru przez użytkownika	XXXX	
40.	Pomiar kapnometrii Wyposażenie: czujnik, oraz min. 4 adaptory jednopacjentowe oraz min. 4 maseczki do podłączenia adapterów, CO2 w	TAK/NIE	XXXX

	przypadku pacjentów niezaintubowanych		
41.	Pomiar temperatury w 1 kanale w zakresie min. (15-45 st C). Na wyposażeniu czujnik powierzchniowy Zamawiający dopuszcza również: Pomiar temperatury w 1 kanale w zakresie min. (24,8-45,2 st C) . Na wyposażeniu czujnik powierzchniowy	XXXX	
42.	Alarmy wizualne i dźwiękowe z możliwością ich zawieszania i wyłączania dla EKG, oddechu i bezdechu, saturacji, ciśnienia nieinwazyjnego i kapnometrii	TAK/NIE	XXXX
43.	Stymulacja przezskórna. Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym Częstotliwość stymulacji w zakresie co najmniej 40-170 imp./min Natężenie prądu stymulacji w zakresie co najmniej 20-180 mA Na wyposażeniu min. 2 komplety elektrod do stymulacji	XXXX	
44.	Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora fali EKG, fali saturacji, fali oddechu i fali kapnograficznej oraz monitorowanych wartości. Fale i wartości zapamiętywane z okresu min. 6 godzin. Pamięć min. 800 zdarzeń defibrylatora. Kopiowanie fal, wartości i zdarzeń na kartę SD i odtwarzania w komputerze użytkownika	XXXX	
45.	Zapewnienie możliwości wykonania defibrylacji testowej przy użyciu łyżek twardych z wydrukiem wydatkowanej energii bez zewnętrznych testerów	TAK/NIE	XXXX
46.	Funkcja autotestu z wydrukiem (godzina autotestu ustawiana przez użytkownika lub automatyczne ustawienie autotestu) Autotest wykonywany z zasilania bateryjnego i sieciowego.	XXXXXX	
47.	Wózek pod defibrylator z szufladą na akcesoria, mieszczący defibrylator	TAK/NIE	XXXX
	Wymagania dodatkowe:		
48.	Instrukcja obsługi oraz instalacja dla min 10 osób w terminie uzgodnionym z zamawiającym	TAK/NIE	
49.	Pełna gwarancja na urządzenia min. 24 miesięcy . Autoryzowany serwis gwarancyjny i zagwarantowanie serwisu urządzenia *(Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert)	XXXX	
50.	Wszystkie wymagane przez producenta oferowanego sprzętu przeglądy w okresie gwarancji zawarte w cenie oferty	TAK/NIE	
51.	Czas reakcji serwisowej max. 72 godz.	TAK/NIE	XXXX
52.	Czas naprawy max. 21 dni w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego	TAK/NIE	XXXX

UWAGA !!

1. W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.
2. W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.
3. W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.
4. Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.
5. Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.

Opis kryteriów wyboru oferty.

***Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

A. Cena: 90%

B. Gwarancja (w miesiącach): 10%

Minimalny czas gwarancji: 24 miesiące.

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone. Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów w kryterium „gwarancja”, gdy oferowany czas gwarancji wynosi 48 miesięcy lub więcej.

.....
podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy