**SP ZOZ/DZ/9/2019**

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**PAKIET NR I**

**\*SPECYFIKACJA TECHNICZNA\***

**1a. ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII - 11 SZT.**

Nazwa i typ oferowanego sprzętu: ...................................................................

Nazwa producenta: ...................................................................

Kraj produkcji: ...................................................................

Rok produkcji (2018/2019): ...................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane funkcje / parametry** | **Wymogi** | **Odpowiedź TAK,**  **lub krótki opis**  **(wg kolumny „Wymogi”)** |
| I. | PARAMETRY OGÓLNE | | |
| 1 | Łóżko fabrycznie nowe | TAK |  |
| 2 | Łóżko szpitalne regulowane elektrycznie | TAK |  |
| 3 | Wymiary zewnętrzne łóżka: 2300 x 1050 mm (±20 mm) | TAK |  |
| 4 | Funkcje łóżka regulowane za pomocą siłowników elektrycznych:  - zmiana wysokości leża  - regulacja kąta uniesienia segmentu pleców  - regulacja kąta uniesienia segmentu ud  - autokontur segmentu oparcia pleców i ud  - regulacja przechyłów wzdłużnych TB/ATB | TAK |  |
| 5 | Konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odporna na dezynfekcję. Podstawa łóżka niezabudowana, bez wiszących kabli. | TAK |  |
| 6 | Szczyty łóżka wykonane z tworzywa sztucznego. Panel sterowania dla personelu zintegrowany w szczycie łóżka od strony nóg z kolorowym wyświetlaczem wskazującym między innymi aktualnie realizowaną funkcję podczas naciskania wyraźnie oznaczonego przycisku, | TAK |  |
| 7 | Czterosegmentowe leże wypełnione panelami. Każdy z segmentów leża wykonany z pojedynczego elementu. Każdy segment wyposażony w otwory zapewniające cyrkulację powietrza. Segmenty leża zaokrąglone. | TAK |  |
| 8 | Regulacje elektryczne łóżka dokonywane za pomocą siłowników elektromechanicznych:  - Wysokość minimum 440 - 720 mm  - Kąt uniesienia segmentu oparcia pleców minimum 75°  - Kąt uniesienia segmentu oparcia nóg minimum 35°  - Przechyły wzdłużne TB/ATB minimum 12° | TAK, PODAĆ |  |
| 10 | Możliwość sterowania za pomocą pilota przewodowego. | TAK |  |
| 11 | Możliwość odjęcia szczytu od strony głowy pacjenta bez użycia narzędzi. | TAK |  |
| 12 | Możliwość wyboru koloru szczytów łóżka przez Zamawiającego (turkus, limonka, cytryna) | TAK |  |
| 13 | Odbojniki kołowe, umieszczone w każdym narożniku łóżka | TAK |  |
| 14 | Barierki boczne podwójnie dzielone, po obu stronach łóżka. Wykonane z tworzywa sztucznego. Barierki składane poniżej poziomu materaca. | TAK |  |
| 15 | Barierki boczne, posiadające bezpieczny mechanizm zamknięcia, uniemożliwiający przypadkowe ich opuszczenie przez pacjenta. Zatrzaśnięcie barierek wyraźnie sygnalizowane kliknięciem. Zwalnianie barierek za pomocą wyraźnie zaznaczonego elementu za pomocą jednej ręki. | TAK |  |
| 16 | Podwójne koła blokowane centralnie o średnicy ok. 125 mm. | TAK |  |
| 17 | Dwie dźwignie hamulca centralnego znajdujące się przy dwóch kołach od strony nóg łóżka. | TAK |  |
| 18 | Przynajmniej dwa uchwyty na worki urologiczne, stojak na kroplówkę z możliwością montażu w każdym rogu łóżka, co najmniej dwie tuleje na wysięgnik ręki umieszczone od strony głowy pacjenta. | TAK |  |
| 19 | Uchwyt do zwinięcia nadmiaru kabla zasilającego zlokalizowany w ramie łóżka. | TAK |  |
| 20 | Dopuszczalne obciążenie robocze minimum 250 kg | TAK |  |
| 21 | Wskaźnik najniższej pozycji leża | TAK |  |
| 22 | Łóżko wyposażone w:  - Materac łóżka z pokrowcem wodoodpornym, paroprzepuszczalnym i łatwozmywalnym. Wymiary materaca dostosowane do leża pacjenta, gęstość wypełnienia materaca minimum 25 kg/m3. Wysokość materaca minimum 10 cm. Pokrowiec materaca nadający się do prania i dezynfekcji. Wymagane dokumenty dot. materaca: atest higieniczny PZH nr HK/B/0056/01/2016, lub równoważny, ISO 17050-1. | TAK |  |
| 23 | Klasa wyrobu medycznego | podać |  |
| 24 | Łóżko trwale oznakowane znakiem CE | TAK |  |

Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.

Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treści *(poza dopuszczonymi modyfikacją dokonaną przez Zamawiającego w trakcie prowadzonego postępowania)* – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treści zgodne z wzorem określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

……….............................................................

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych

do reprezentowania wykonawcy

**1b - ŁÓŻKO SZPITALNE Z REGULOWANA WYSOKOŚCIĄ - 49 SZT.**

Nazwa i typ oferowanego sprzętu: ...................................................................

Nazwa producenta: ...................................................................

Kraj produkcji: ...................................................................

Rok produkcji (2018/2019): ...................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane funkcje / parametry** | **Wymogi** | **Odpowiedź TAK,**  **lub krótki opis**  **(wg kolumny „Wymogi”)** |
| I. | PARAMETRY OGÓLNE |  |  |
| 1 | Łóżko szpitalne regulowane ręcznie | TAK |  |
| 2 | Łóżko fabrycznie nowe | TAK |  |
| 3 | Długość całkowita: maksymalnie 2200 mm  Szerokość całkowita: maksymalnie 970 mm | TAK |  |
| 4 | Regulacja wysokości leża mierzona bez materaca na poziomie maksimum 500 mm | TAK |  |
| 5 | Konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym, odporna na dezynfekcję. | TAK |  |
| 6 | Czterosegmentowe leże wypełnione panelami. Każdy z segmentów leża wykonany z pojedynczego elementu. Każdy segment wyposażony w otwory zapewniające cyrkulację powietrza. Segmenty leża zaokrąglone. Nie dopuszcza się rozwiązania w postaci stalowych lameli lub siatki z drutu. | TAK |  |
| 7 | Szczyty wykonane z tworzywa sztucznego z możliwością wyboru koloru (turkus, limonka, cytryna) | TAK |  |
| 8 | Możliwość odjęcia szczytów bez użycia narzędzi. | TAK |  |
| 9 | Odbojniki umieszczone w każdym narożniku łóżka, nie zwiększające podanych wymiarów zewnętrznych produktu. | TAK |  |
| 10 | Barierki jednoczęściowe, metalowe lub aluminiowe, składane wzdłuż ramy leża mocowane do dolnej ściany płaskownika ramy leża bez miejsc, w których mogą gromadzić się zanieczyszczenia. Nie dopuszcza się barierek montowanych na ramię leża lub jej boku z prostopadle przymocowanymi szczeblami z uwagi na potencjalne miejsca infekcji w miejscach śrub. Barierki z indykatorem kolorystycznym informującym o ich zablokowaniu lub odblokowaniu. Kolor czerwony - zablokowane, kolor zielony - odblokowane. Dopuszcza się inną kolorystykę. Uchwyt barierek wykonany z aluminium. Nie dopuszcza się uchwytów plastikowych. | TAK |  |
| 11 | Gniazdo do montażu uchwytu anestetycznego | TAK |  |
| 12 | Koła blokowane o średnicy minimum 125 m z możliwością blokowania. System hamulcowy wyposażony w dwie oddzielne dźwignie przy kole oznaczone różnymi kolorami - jedna do blokowania kół, druga do załączania systemu jazdy na wprost i łatwego manewrowania. | TAK |  |
| 13 | Ruchome uchwyty na worki urologiczne z możliwością ustawienia na dowolnej długości ramy, uchwyty na wieszak kroplówki, uchwyty na wysięgnik ręki | TAK |  |
| 14 | Dopuszczalne obciążenie robocze minimum 250 kg | TAK |  |
| 15 | Wskaźnik najniższej pozycji leża | TAK |  |
| 16 | Wyposażenie łóżek:   * Materac (z atestem higienicznym PZH lub równoważnym, ISO 17050-1) z pianką min. 25 kg/m3 o grubości min. 100 mm, dostosowany do wymiarów łóżka, z pokrowcem wodoodpornym, paroprzepuszczalnym i łatwo zmywalnym, nadającym się do prania i dezynfekcji.   - Klin o wymiarach min. 70x25x15 cm wypełniony w 50% włóknami poliestrowymi i w 50% pianką. Klin wyposażony w pokrowiec zewnętrzny, higieniczny, paroprzepuszczalny, zmywalny, odporny na uszkodzenia, zabezpieczający przed dostaniem się płynów i zanieczyszczeń do wewnątrz, zdejmowany, zapinany na suwak, przeznaczony do czyszczenia powierzchniowego za pomocą detergentów i środków dezynfekcyjnych, w tym środków na bazie alkoholu oraz aktywnego tlenu (np.: Perform lub Virkon), oraz do prania mechanicznego w temp. 95 st. C z dodatkiem chloru w stężeniu <1% i suszenia w temp. 100 st. C, posiadający czytelne i trwałe oznaczenie warunków prania i czyszczenia. Wyrób medyczny spełniający zgodny z wymogami dyrektywy 93/42/EEC oraz spełniający normę ISO 12952 (ocena zapalności), EN ISO 10993-1:2009 (Biologiczna ocena wyrobów medycznych), EN 14126 (Wymagania i metody badań dla odzieży chroniącej przed czynnikami infekcyjnymi) | TAK |  |
| 17 | Klasa wyrobu medycznego | podać |  |

Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.

Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treści *(poza dopuszczonymi modyfikacją dokonaną przez Zamawiającego w trakcie prowadzonego postępowania)* – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treści zgodne z wzorem określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

……….............................................................

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych

do reprezentowania wykonawcy

**1 c - SZAFKA PRZYŁÓŻKOWA Z BLATEM DO KARMIENIA PACJENTA – szt. 60**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia:...................................................................

Nazwa producenta: ...................................................................

Kraj produkcji: ...................................................................

Rok produkcji (2018/2019): ....................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane funkcje / parametry** | **Wymogi** | **Odpowiedź TAK,**  **lub krótki opis**  **(wg kolumny „Wymogi”)** |
|  | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| 1 | Szafka przyłóżkowa z blatem bocznym wykonana z tworzywa HPL oraz stopu aluminium. Odporna na dezynfekcję. Nie dopuszcza się elementów z ABS. | TAK |  |
| 2 | Szafka wyposażona w: blat górny zabezpieczony z trzech stron relingami z aluminium, blat boczny, szufladę, przestrzeń na rzeczy pacjenta między szufladą, a szafką oraz zamykaną szafkę. | TAK |  |
| 3 | Wysuwany blat boczny z uchwytem nie wystającym poza obrys blatu ułatwiającym wyciąganie oraz rączce służącej do regulacji wysokości. Mechanizm oparty na bezawaryjnej konstrukcji dwóch wsuwanych kolumn. Możliwość założenia blatu po obu stronach szafki. | TAK |  |
| 4 | Samodomykająca się szuflada z uchwytem aluminiowym. | TAK |  |
| 5 | Uchwyt do prowadzenia szafki w blacie bocznym. | TAK |  |
| 6 | Drzwi szafki zamykające się na magnes z uchwytem aluminiowym. | TAK |  |
| 7 | 4 cichobieżne koła w tym co najmniej dwa blokowane. | TAK |  |
| 8 | 3 relingi z aluminium umieszczone na głównym blacie zapobiegające zsuwaniu się rzeczy | TAK |  |
| 9 | Wymiary szafki:  Wysokość 80cm (±2cm)  Szerokość 60cm (±2cm)  Głębokość 40cm (±2cm) | TAK, podać |  |
| 10 | Regulacja wysokości blatu bocznego: 75 – 100 cm (±2cm) | TAK, podać |  |
| 11 | Wymiary blatu bocznego:  Głębokość 30 cm (±2cm)  Szerokość 45 cm (±2cm) | TAK, podać |  |
| 12 | Wymiary przestrzeni pomiędzy szufladą a szafką: wysokość minimum 20 cm | TAK |  |
| 13 | Kolory szafki do wyboru przez Zamawiającego (turkus, limonka, cytryna) | TAK |  |
| 14 | Klasa wyrobu medycznego | podać |  |

Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.

Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treści *(poza dopuszczonymi modyfikacją dokonaną przez Zamawiającego w trakcie prowadzonego postępowania)* – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treści zgodne z wzorem określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

……….............................................................

(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych

do reprezentowania wykonawcy