*ZAŁĄCZNIK A do Formularza oferty*

*po zmianach z dnia 30.10.2018r.*

**FUNKCJE, PARAMETRY TECHNICZNE I WARUNKI WYMAGANE**

**ORAZ DODATKOWO PUNKTOWANE**

**– część I przedmiotu zamówienia**

**Wózek reanimacyjny pediatryczny z wyposażeniem – 2 szt.**

Pełna nazwa urządzenia /typ/model/

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

Producent / kraj : .........................................................................................................................

Rok produkcji : .............................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane** | **Opis parametrów****i warunków oferowanych** **(wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| 1 | Wózek reanimacyjny wykonany z:- stali nierdzewnej lub,- anodowanego wytłaczanego aluminium lub,- stali lakierowanej proszkowo lub,- anodowanego wytłaczanego aluminium połączonego z tworzywem sztucznym lub,- aluminium, stali lakierowanej proszkowo i nierdzewnego kompozytu aluminiowego;Wymiary: wysokość 900-1250 mm, głębokość 590-750 mm, szerokość: 780-890 mm |  |
| 2 | Blat, odboje wykonane z tworzywa sztucznego odpornego na uszkodzenia mechaniczne lub/i ze stali. Ściany boczne wykonane z tworzywa sztucznego lub/i ze stali lub z nierdzewnego kompozytu aluminium. |  |
| 3 | Odboje dookoła całego wózka. |  |
| 4 | Wszystkie szuflady z systemem samodomykającym się. |  |
| 5 | Na froncie szuflady miejsce na oznaczenie jej zawartości |  |
| 6 | Półka pod defibrylator zamontowana na wysięgniku umożliwiającym łatwy dostęp ze wszystkich stron, obrotowa o 360 ° |  |
| 7 | Uchwyt na kroplówki z regulacją wysokości wykonany ze stali nierdzewnej |  |
| 8 | Uchwyt na cewniki lub pojemnik na cewniki mocowany do korpusu wózka (w tym szyny) lub wbudowany . Wbudowany uchwyt na butlę tlenową lub uchwyt na butlę tlenową mocowany do korpusu wózka (w tym szyny) . Półka na ssak z zabezpieczeniem przed wypięciem. Półka pomocnicza wysuwana spod blatu. |  |
| 9 | Minimum 1 kosz na odpady  |  |
| 10 | Wkłady do szuflad w formie korytek z wytrzymałego tworzywa  |  |
| 11 | Układ jezdny: 4 koła śr. 10 mm - 18 mm, w tym co najmniej 2 z hamulcami |  |
| 12 | 8 lub 9 szuflad w kolorach kodowanych wg Broselow, z miejscem na opis, w tym co najmniej 7 szt. o wysokości min. 70 mm z wkładami (organizerami) w min. 7 szufladach |  |
| ***Powyższe funkcje oraz parametry są warunkami wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.****Wykonawca wypełnia kolumnę 3 tabeli, opisując funkcje, parametry techniczne oraz warunki oferowanych urządzeń. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametru w jednostkach wskazanych w kolumnie 2.**Zamawiający dopuszcza przedmiot zamówienia o parametrach lepszych niż wymagane.* |

*Miejscowość .................................................. dnia .......................................... 2018 roku.*

*.......................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby/ób uprawnionej/ych do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

ZAŁĄCZNIK B do Formularza oferty

po zmianach z dnia 30.10.2018r.

**FUNKCJE, PARAMETRY TECHNICZNE I WARUNKI WYMAGANE**

**ORAZ DODATKOWO PUNKTOWANE**

**– część II przedmiotu zamówienia**

**Wózek reanimacyjny z wyposażeniem – 7 szt.**

Pełna nazwa urządzenia /typ/model/ :

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

Producent / kraj : .........................................................................................................................

Rok produkcji : .............................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane** | **Opis parametrów****i warunków oferowanych** **(wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| 1 | Wózek reanimacyjny o wymiarach: gł. całkowita 550-750 mm, szer. całkowita 500-850 mm, wys. całkowita 850-1100 mm  |  |
| 2 |  Wózek reanimacyjny wykonany z:- stali lakierowanej proszkowo lub,- stali lakierowanej proszkowo, aluminium i nierdzewnego kompozytu aluminium lub,- z blachy stalowej pokrytej powłoką epoksydową z elementami z tworzywa sztucznego lub,- anodowanego wytłaczanego aluminium połączonego z tworzywem sztucznym lub,- typu Baydur,Kolor wg palety typu RAL lub z możliwością wyboru koloru uchwytów |  |
| 3 | Blat otoczony 3 bandami z tworzywa typu ABS lub typu Baydur |  |
| 4 | Podstawa stalowa z osłoną z tworzywa typu ABS lub typu Baydur |  |
| 5 | Podstawa wyposażona w odboje |  |
| 6 | Cztery koła, w tym 2 co najmniej z blokadą |  |
| 7 | Uchwyt lub przestrzeń na butlę z tlenem |  |
| 8 | Półka pod defibrylator |  |
| 9 | Wieszak kroplówki z regulacją wysokości |  |
| 10 | ~~Pojedynczy~~ Pojemnik na odpady z pokrywą ~~wahadłową~~ |  |
| 11 | Pojedynczy uchwyt lub pojemnik lub przestrzeń na cewniki |  |
| 12 | Pojemnik na zużyte igły lub uchwyt na pojemnik na zużyte igły przeznaczony do pojemników o różnej pojemności |  |
| 13 | Wysuwany blat/półka boczna |  |
| 14 | Szuflady ze stali lakierowanej proszkowo lub ze stali lakierowanej proszkowo z frontami i uchwytami z tworzywa typu ABS lub typu Baydur połączony z tworzywem typu ABS lub z natryskowo formowanego tworzywa stanowiącego połączenie poliwęglanu i ABS |  |
| 15 | Min. 5 szuflad |  |
| 16 | Wkłady do szuflad z możliwością regulacji liczby przegródek |  |
| 17 | Na frontach szuflad miejsce do oznaczenia zawartości szuflady |  |
| ***Powyższe funkcje oraz parametry są warunkami wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.****Wykonawca wypełnia kolumnę 3 tabeli, opisując funkcje, parametry techniczne oraz warunki oferowanych urządzeń. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametru w jednostkach wskazanych w kolumnie 2.**Zamawiający dopuszcza przedmiot zamówienia o parametrach lepszych niż wymagane.* |

*Miejscowość .................................................. dnia .......................................... 2018 roku.*

*.......................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby/ób uprawnionej/ych do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

ZAŁĄCZNIK Cdo Formularza oferty

po zmianach z dnia 30.10.2018r.

**FUNKCJE, PARAMETRY TECHNICZNE I WARUNKI WYMAGANE**

**ORAZ DODATKOWO PUNKTOWANE**

**– część III przedmiotu zamówienia**

**Wózek transportowo- zabiegowy – 6 szt.**

Pełna nazwa urządzenia /typ/model/ :

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

Producent / kraj : .........................................................................................................................

Rok produkcji : .............................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane** | **Opis parametrów****i warunków oferowanych** **(wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| 1 | Wózek transportowy o wymiarach: długość całkowita 2000-2200 mm, szerokość całkowita 780 - 850 mm, wysokość minimalna (mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny materaca) maks. 700 mm, wysokość maksymalna (mierzona od podłoża do górnej płaszczyzny materaca) min. 870 mm; szerokość leża 600 – 700 mm. |  |
| 2 | Konstrukcja wykonana z lakierowanej lub malowanej proszkowo stali, oparta na min. 2 kolumnach. Konstrukcja odporna na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz środki dezynfekcyjne |  |
| 3 | Poręcze boczne składane wzdłuż leża składające się z min. 5 poprzeczek pionowych lub z min. 3 poprzeczek poziomych– łatwe i szybkie składanie i rozkładanie  |  |
| 4 | Leże co najmniej 2-segmentowe, z płyty HPL przeziernej dla promieni RTG |  |
| 5 | ~~Pod leżem tunel na kasetę RTG na całej długości leża~~ |  |
| 6 | Możliwość wykonania badania pacjenta aparatem RTG typu C |  |
| 7 | Podwozie zabudowane pokrywą tworzywa sztucznego. Wyprofilowana półka na butlę tlenową oraz osobne miejsce na podręczne rzeczy pacjenta |  |
| 8 | Ruchomy, pochylany segment oparcia pleców za pomocą sprężyny gazowej w zakresie min 0-62° |  |
| 9 | Wieszak do kroplówek  |  |
| 10 | Regulacja hydrauliczna przechyłu Trendelenburga i anty-Trendelenburga min 12°- sterowanie za pomocą dźwigni nożnych. |  |
| 11 | Nożne dźwignie hydraulicznej regulacji wysokości wózka. |  |
| 12 | Podstawa jezdna z min. czterema kołami o średnicy 150mm - 200mm. Koła z osłonami z tworzywa |  |
| 13 | Centralna blokada hamulca toczenia i obrotu wszystkich kół- jezdnych przy użyciu dźwigni nożnych |  |
| 14 | Czytelne oznakowanie funkcji pedałów nożnych |  |
| 15 | Uchwyty dla personelu do przetaczania wózka umieszczone od strony głowy pacjenta oraz od strony nóg pacjenta |  |
| 16 | Odboje we wszystkich narożach wózka |  |
| 17 | Wózek wyposażony w piankowy materac o grubości min. 80 mm. Pokrowiec zmywalny |  |
| 18 | Obciążenie maksymalne min. 230 kg |  |
| ***Powyższe funkcje oraz parametry są warunkami wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.****Wykonawca wypełnia kolumnę 3 tabeli, opisując funkcje, parametry techniczne oraz warunki oferowanych urządzeń. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametru w jednostkach wskazanych w kolumnie 2.**Zamawiający dopuszcza przedmiot zamówienia o parametrach lepszych niż wymagane.* |
| ***II. Parametry i warunki punktowane*** |
| **L.p.** | **Parametr DODATKOWO PUNKTOWANY:** | **Opis parametrów i warunków oferowanych**(wypełnia Wykonawca)**:** | **Sposób oceny:** |
|  | **1** | **2** | **3** |
| 1 | Wózek wyposażony w co najmniej dwa pasy mocujące pacjenta |  | **TAK - 100 pkt****NIE – 0 pkt** |

*Miejscowość .................................................. dnia .......................................... 2018 roku.*

*.......................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby/ób uprawnionej/ych do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIK D do Formularza ofertypo zmianach z dnia 30.10.2018r.**FUNKCJE, PARAMETRY TECHNICZNE I WARUNKI WYMAGANE****ORAZ DODATKOWO PUNKTOWANE** **– część IV przedmiotu zamówienia****Łóżko dla noworodka – 1 szt.**Pełna nazwa urządzenia /typ/model/ : …………………………………....................................................................................................................Producent / kraj : .........................................................................................................................Rok produkcji : ............................................................................................................................. |
| **Lp.** | **Funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane** | **Opis parametrów****i warunków oferowanych** **(wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| 1 | Łóżko służące do transportowania, diagnozowania, leczenia i monitorowania noworodków. |  |
| 3 | Kojec z tworzywa wyposażony w materacyk. |  |
| 4 | Łóżko z funkcją regulacji wysokości.  |  |
| 5 | Szerokość całkowita łóżka maksymalna 760 mm. |  |
| 6 | Stabilna podstawa z tworzywa lub stali malowanej proszkowo w kształcie litery X lub H. |  |
| 7 | Podstawa wyposażona w 4 kółka w tym co najmniej 2 kółka z funkcją hamowania. |  |
| 8 | Stelaż z profili aluminiowych lub stalowych, lakierowanego proszkowo. |  |
| 9 | Niektóre elementy powinny być koloru różowego tj. stelaż lub materac |  |
| ***Powyższe funkcje oraz parametry są warunkami wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.****Wykonawca wypełnia kolumnę 3 tabeli, opisując funkcje, parametry techniczne oraz warunki oferowanych urządzeń. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametru w jednostkach wskazanych w kolumnie 2.**Zamawiający dopuszcza przedmiot zamówienia o parametrach lepszych niż wymagane.* |
| **II. Parametry i warunki punktowane** |
| **L.p.** | **Parametr DODATKOWO PUNKTOWANY:** | **Opis parametrów i warunków oferowanych**(wypełnia Wykonawca)**:** | **Sposób oceny:** |
|  | **1** | **2** | **3** |
| 1 | Obecność półki koszowej w dolnej części wózka. |  | **TAK - 100 pkt****NIE – 0 pkt** |

*Miejscowość .................................................. dnia .......................................... 2018 roku.*

*.......................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby/ób uprawnionej/ych do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

ZAŁĄCZNIK E do Formularza oferty

po zmianach z dnia 30.10.2018r.

**FUNKCJE, PARAMETRY TECHNICZNE I WARUNKI WYMAGANE**

**ORAZ DODATKOWO PUNKTOWANE**

**– część V przedmiotu zamówienia**

**Łóżko porodowe – 1 szt.**

Pełna nazwa urządzenia /typ/model/ :

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

Producent / kraj : .........................................................................................................................

Rok produkcji : .............................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcje, parametry techniczne i warunki wymagane** | **Opis parametrów****i warunków oferowanych** **(wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** |
| 1 | Łóżko przejezdne, podstawa jezdna zapewniająca stabilność i mobilność łóżka z centralną blokadą kół. |  |
| 2 | Obciążenie łózka min.120 kg. |  |
| 3 | Łóżko umożliwiające ustawienie pacjentki w pozycjach porodu klasycznej, siedzącej, w połogu. |  |
| 4 | Konstrukcja łóżka kolumnowa lub pantografowa. |  |
| 5 | Długość łóżka porodowego max 2200 mm. |  |
| 6 | Szerokość łóżka porodowego maksymalna 1080 mm. |  |
| 7 | Elektryczna regulacja wysokości łóżka. |  |
| 8 | Elektryczna regulacja podnoszenia i opuszczania oparcia pleców z zakresie min.0° do 60°. |  |
| 9 | Regulacja podnóżków. |  |
| 10 | Segment nożny leża z regulacją położenia wzdłużnego, z możliwością całkowitego wsunięcia pod siedzisko. |  |
| 11 | Regulacja przechyłów Trendelenburga min. 12°. |  |
| 12 | Regulacja przechyłów anty-Trendelenburga min.5°. |  |
| 13 | Konstrukcja nośna wykonana z profili stalowych, pokrytych lakierem proszkowym.Podstawa obudowana osłonami z tworzywa typu ABS.  |  |
| 14 | Segment nożny wsuwany pod segment siedzenia. |  |
| 15 | Poręcze boczne tworzywowe lub ze stali lakierowanej proszkowo z tworzywowym pokryciem |  |
| 16 | Łóżko wyposażone w miskę z możliwością łatwego demontażu. |  |
| 17 | Łóżko porodowe wyposażone w bezszwowe, łatwo i szybko zdejmowane materace. |  |
| 18 | Materac w segmencie siedzenia z wycięciem klinowym lub U-kształtnym |  |
| 19 | Uchwyty boczne do parcia. |  |
| ***Powyższe funkcje oraz parametry są warunkami wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.****Wykonawca wypełnia kolumnę 3 tabeli, opisując funkcje, parametry techniczne oraz warunki oferowanych urządzeń. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametru w jednostkach wskazanych w kolumnie 2.**Zamawiający dopuszcza przedmiot zamówienia o parametrach lepszych niż wymagane.* |
| **II. Parametry i warunki punktowane** |
| **L.p.** | **Parametr DODATKOWO PUNKTOWANY:** | **Opis parametrów i warunków oferowanych**(wypełnia Wykonawca)**:** | **Sposób oceny:** |
|  | **1** | **2** | **3** |
| 1 | Poręcze boczne z możliwością opuszczania i podnoszenia. |  | **TAK - 70 pkt****NIE – 0 pkt** |
| 2 | Możliwość wyboru koloru tapicerki materaca z palety kolorystycznej. |  | **TAK - 30 pkt****NIE - 0 pkt** |

*Miejscowość .................................................. dnia .......................................... 2018 roku.*

*.......................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby/ób uprawnionej/ych do*

*składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*