Załącznik nr 1 do Zapytania

Znak sprawy: 3/GRANT/2025

Wersja z 23.05.2025

**Formularzu opisu przedmiotu zamówienia - do wypełnienia**

**PAKIET 1**

**Aparat do szybkiej diagnostyki - różne testy w tym CRP**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nazwa producenta |  |
| Rok produkcji: |  |
| Kraj pochodzenia: |  |
| Nazwa i typ/model |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW/FUNKCJI/WARUNKÓW WYMAGANYCH** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **WYPEŁNIA WYKONAWCA, WPISUJĄC:  „TAK” lub „NIE”** |
|  | Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Aparat mobilny | TAK |  |
|  | Metoda pomiaru – analizator immuno-fluorescencyjny | TAK |  |
|  | Rok produkcji aparatu – 2025 | TAK |  |
|  | Waga maks. 250 g (bez baterii) | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania ponad 20 testów w tym nin. :   * Tarczyca (TSH. TT3, TT4, FT3, FT4) * Cukrzyca (hba1c) * Infekcje (IL-6, CRP, HBP * Płodność (PRL,PROG, LH,E2, T, FSH, HCG,AMH) * Sercowo – naczyniowe (ST2, D-Dimer) * Mózgowe | TAK |  |
|  | Testy COVID | TAK |  |
|  | Testy grypa | TAK |  |
|  | Testy cholesterol | TAK |  |
|  | Krew pobierana z palca | TAK |  |
|  | Obsługa jednym przyciskiem | TAK |  |
|  | Możliwość łączność Bluetooth z drukarką | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne lub akumulatorowe | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych | TAK |  |

**PAKIET 2**

**HOLTER CIŚNIENIOWY**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nazwa producenta |  |
| Rok produkcji: |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Nazwa i typ/model |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW/FUNKCJI/WARUNKÓW WYMAGANYCH** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **WYPEŁNIA WYKONAWCA, WPISUJĄC:  „TAK” lub „NIE”** |
|  | Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji aparatu – 2025 | TAK |  |
|  | Łatwa intuicyjna obsługa | TAK |  |
|  | Kolorowy ekran min. 2,4”, o rozdzielczości min. 320 x 240 pikseli | TAK |  |
|  | Oscylometryczna metoda pomiaru | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne zapewniające min. 500 pomiarów | TAK |  |
|  | Wskaźnik stanu naładowania baterii | TAK |  |
|  | Definiowalne alarmy wysokich wartości ciśnienia | TAK |  |
|  | Pamięć do 300 pomiarów w trybie manualnym oraz ponad 350 w trybie holtera | TAK |  |
|  | Możliwość przesyłania danych przez port USB | TAK |  |
|  | W zestawie standardowy mankiet | TAK |  |
|  | Tryby pracy manualny i automatyczny | TAK |  |
|  | Mierzone dane:   * ciśnienie skurczowe, * ciśnienie rozkurczowe, * ciśnienie średnie, * puls | TAK |  |
|  | Jednostki pomiaru mmHg/kPa – możliwość wyboru rozdzielczość: 1 mmHg | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru:   * dorośli: 10 - 270 mmHg; puls: 30 - 220 * dzieci: 10 - 200 mmHg; puls: 30 - 220 * niemowlęta: 10 - 135 mmHg; puls: 30 - 220 | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru pulsu : 2 % lub 3 uderzenia /min | TAK |  |
|  | Komunikacja z komputerem poprzez min. USB 2.0 | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesięcy | TAK |  |
|  | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych | TAK |  |

**HOLTER EKG**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nazwa producenta |  |
| Rok produkcji: |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Nazwa i typ/model |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW/FUNKCJI/WARUNKÓW WYMAGANYCH** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **WYPEŁNIA WYKONAWCA, WPISUJĄC:  „TAK” lub „NIE”** |
|  | Aparat fabryczne nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2025 | TAK |  |
|  | Odprowadzenia EKG – do 12 odprowadzeń | TAK |  |
|  | Zapis wysokiej rozdzielczości z opcją konfiguracji 250/500/100 próbek na sek. | TAK |  |
|  | Czas rejestracji badania - do 7 dni | TAK |  |
|  | Prosty, intuicyjny interfejs użytkownika. | TAK |  |
|  | Rejestrator wyposażony w kolorowy wyświetlacz LCD z 4-kierunkowym joystickiem do nawigacji po menu. | TAK |  |
|  | Okablowanie pacjenta :   * Przewód 5 żyłowy – 3 kanały unipolarne * Przewód 7 żyłowy – 3 kanały bipolarne * Przewód 10 żyłowy – 8 kanałów/12 odprowadzeń | TAK |  |
|  | CMRR > 85 dB | TAK |  |
|  | Impedancja wejściowa > 60 mΩ | TAK |  |
|  | Częstotliwość próbkowania wejścia 24bitowe próbkowanie 9600/sek./kanał | TAK |  |
|  | Rozdzielczość < 1/LSB | TAK |  |
|  | Zakres dynamiki: +/- 400mV | TAK |  |
|  | Pasmo przenoszenia równoważna 0,05 – 300 Hz (przy 1000 c/s) | TAK |  |
|  | Filtr cyfrowy górnoprzepustowy fazy liniowej | TAK |  |
|  | Wykrywanie stymulatora | TAK |  |
|  | Automatyczna identyfikacja zastosowanego przewodu | TAK |  |
|  | Maksymalny czas rejestracji:   * 500/1000próbek/sek./kanał – 48 godz * 250 próbek/sek./kanał – 7 dni niezależnie od ilości kanałów | TAK |  |
|  | Pamięć danych - karta SD min. 16 GB, pojemność powyżej 100 3 kanałowych zapisów 24 godz. przy 250 c/s | TAK |  |
|  | Transfer danych – min. USB 2.0 | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 mies. | TAK |  |
|  | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych | TAK |  |

**APARAT EKG**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nazwa producenta |  |
| Rok produkcji: |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Nazwa i typ/model |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW/FUNKCJI/WARUNKÓW WYMAGANYCH** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **WYPEŁNIA WYKONAWCA, WPISUJĄC:  „TAK” lub „NIE”** |
|  | Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2024 lub 2025 | TAK |  |
|  | Odprowadzenia EKG 12-odprowadzeń (I, II, III, aVR-L-F, V1-6) | TAK |  |
|  | Przewód pacjenta - standard 15D, 10 żyłowy | TAK |  |
|  | CMRR > 100dB | TAK |  |
|  | Impedancja wejściowa - 100 MΩ | TAK |  |
|  | Częstość próbkowania wejścia 24bity, 32000 próbek/sekunda/kanał | TAK |  |
|  | Rozdzielczość = 1μV/LSB | TAK |  |
|  | Zakres dynamiki +/- 400 mV | TAK |  |
|  | Pasmo przenoszenia 0,05-300 Hz | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przed defibrylacją Standardy AAMI/IEC | TAK |  |
|  | Tryb akwizycji Automatyczny (12 odpr.), Ręczny (3/6/12 odpr.), Stat (12 odpr) | TAK |  |
|  | Wykrywanie odłączenia elektrody Niezależne dla wszystkich odprowadzeń | TAK |  |
|  | Pamięć wewnętrzna do min. 100 zapisów EKG | TAK |  |
|  | Interpretacja EKG - program interpretacji Glasgow dla dorosłych, pediatryczny, STEMI | TAK |  |
|  | Program interpretacji Glasgow dla dorosłych, pediatryczny, STEMI | TAK |  |
|  | Eliminacja szumów i artefaktów. Migotanie przedsionków | TAK |  |
|  | Akumulator - czas pracy: min 500 badań EKG | TAK |  |
|  | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Wpis do Rejestru Urządzeń Medycznych | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

**PAKIET 3**

**KARDIOTOKOGRAF L8**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nazwa producenta |  |
| Rok produkcji: |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Nazwa i typ/model |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW/FUNKCJI/WARUNKÓW WYMAGANYCH** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **WYPEŁNIA WYKONAWCA, WPISUJĄC:  „TAK” lub „NIE”** |
|  | Wyświetlacz LCD kolorowy 7 cali , rozdzielczość 800 x 400 pikseli | TAK |  |
|  | Wyświetlacz 3 kanałowy:  (FHR I , FHR II, UC) | TAK |  |
|  | Monitorowanie ultradźwiękowe doppler FHR: - FHR zakres BPM: 30 ~ 240 - FHR dokładność : ±2% - natężenie: 10mW/cm2 - częstotliwość ultradźwięków: 0,985MHz - przenikanie: <10uA - izolacja: >4kV RMS | TAK |  |
|  | Wykrywanie ruchów płodu FM:- auto detekcja ruchów płodu | TAK |  |
|  | Monitorowanie skurczów macicy TOCO (UC):  - Zakres UC: 0-99 jednostek względnych - rozdzielczość: 1 - Dokładność: +-1% - Przenikanie <10uA - Izolacja: >4kV | TAK |  |
|  | Drukarka - Termiczna, ustawienie typ rolkowy array (szrokość: 150mm) - Prędkość rejestracji: tryb normalny – 1, 2 lub 3cm/min +=-1%; tryb wysoka prędkość – 10cm/min - Kontrast zapisu: tryb 3 zakresowy 1, 2, 3 - Automatyczny okres rejestracji : Off, 10, 20, 30, 40, 50, 60 min | TAK |  |
|  | Pamięć zarejestrowanych badań min 350 godzin | TAK |  |
|  | Wodoodporne sondy do monitorowanie ciąży bliźniaczej i pojedynczej | TAK |  |
|  | Wyposażenie :   * Sondy * Marker * Pasy * Żel USG * Papier termiczny | TAK |  |
|  | Alarmy przekroczenia wszystkich zadanych wartości | TAK |  |
|  | Możliwość komunikowania z komputerem PC (przyłącze RS-232, Bluetoth) | TAK |  |
|  | Zasilanie :   * Wejście - 230V, 1.2A * Wyjście – DC +18V, 2.5A * Akumulator | TAK |  |
|  | Sygnały i Dźwięki - Dźwięk Dopplera z kontrolą natężenia - Dźwięk zakresu tętna - Dźwięk przycisków - Brak papieru - Usterka sondy - Niski poziom naładowania baterii - Sygnał alarmu | TAK |  |
|  | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych | TAK |  |
|  | Gwarancja na aparat KTG - min.24 miesięcy | TAK |  |

**WAGA Z ANALIZATOREM MASY CIAŁA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nazwa producenta |  |
| Rok produkcji: |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Nazwa i typ/model |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW/FUNKCJI/WARUNKÓW WYMAGANYCH** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **WYPEŁNIA WYKONAWCA, WPISUJĄC:  „TAK” lub „NIE”** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD min. 1 cal. Z możliwością zamrożenia wartości pomiaru | TAK |  |
|  | Pomiar wagi i wzrostu | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru wagi min. do 250 kg , dokładność odczytu 100 g | TAK |  |
|  | Platforma o wym. min. 350 x 450 80 mm z regulacją poziomu | TAK |  |
|  | Pomiar wzrostu mi n. do 220 cm | TAK |  |
|  | Badanie ciała całościowo lub w podziale: nogi, ramiona, tułów | TAK |  |
|  | Możliwość oceny zawartości masy mięśniowej w poszczególnych segmentach ciała | TAK |  |
|  | Analiza zawartości tkanki tłuszczowej, beztłuszczowej, wody całkowitej, masy mięśni szkieletowych w całym ciele | TAK |  |
|  | Pomiar zawartości wody wewnątrz , zawartość pozakomórkową oraz wskazania obrzęku | TAK |  |
|  | Badanie masy ciała BMI, WHR | TAK |  |
|  | Wbudowana drukarka termiczna + min. 2 rolki papieru | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne / sieciowe (zasilacz w zestawie) | TAK |  |
|  | Automatyczne wyłączanie | TAK |  |
|  | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

**PAKIET 4**

**BIEŻNIA DO PRÓB WYSIŁKOWYCH**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nazwa producenta |  |
| Rok produkcji: |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Nazwa i typ/model |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW/FUNKCJI/WARUNKÓW WYMAGANYCH** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **WYPEŁNIA WYKONAWCA, WPISUJĄC:  „TAK” lub „NIE”** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2024 lub 2025 | TAK |  |
|  | Kompletny zestaw do przeprowadzania elektrokardiograficznych badań wysiłkowych składający się z bieżni oraz oprogramowania. | TAK |  |
|  | Rejestracja i prezentacja sygnału EKG z 12 odprowadzeń | TAK |  |
|  | Prezentacja uśrednionych zespołów P-QRS-T z 12 odprowadzeń wraz z wynikami pomiarów poziomu i nachylenia odcinka ST | TAK |  |
|  | Automatyczny pomiar HR, poziomu ST i nachylenia odcinka ST | TAK |  |
|  | Automatyczne sterowanie obciążeniem cykloergometru i bieżni | TAK |  |
|  | Archiwizacja i wydruk raportu przeprowadzonego badania | TAK |  |
|  | Automatyczna analiza arytmii | TAK |  |
|  | Wydruk EKG w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | Podgląd trendów wszystkich mierzonych parametrów w trakcie badania | TAK |  |
|  | System alarmów dla monitorowanych parametrów i arytmii | TAK |  |
|  | Archiwizacja i wydruk raportu umożliwiającego ocenę badania (zapis EKG, uśrednione zespoły P-QRS-T oraz tabelę z wynikami pomiarów) | TAK |  |
|  | Podgląd raportu na ekranie przed wydrukiem raportu | TAK |  |
|  | Prezentacja trendów 3D ilustrujących zmiany odcinka ST | TAK |  |
|  | Oprogramowanie CardioTEST | TAK |  |
|  | Układ stopniowego zwiększania prędkości bieżni: od 0,2 do 25 km/h | TAK |  |
|  | Dokładność regulacji prędkości pasa: 0,1 km/h | TAK |  |
|  | Dopuszczalna waga badanego pacjenta - Min. do 200 kg | TAK |  |
|  | Waga bieżni - poniżej 200 kg | TAK |  |
|  | Zasilanie 230 v/50 Hz/10 A | TAK |  |
|  | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Wpis do Rejestru Wyrobów medycznych | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

**FOTEL GINEKOLOGICZNY**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nazwa producenta |  |
| Rok produkcji: |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Nazwa i typ/model |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW/FUNKCJI/WARUNKÓW WYMAGANYCH** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **WYPEŁNIA WYKONAWCA, WPISUJĄC:  „TAK” lub „NIE”** |
|  | Fotel do badań ginekologicznych, urologicznych , proktologicznych sterowany elektrycznie | TAK |  |
|  | Minimum 2 Siłowniki elektryczne | TAK |  |
|  | Regulowana wysokość siedziska w zakresie min. od 600 mm do 800 mm | TAK |  |
|  | Regulowany kąt nachylenia części siedziska | TAK |  |
|  | Regulacja elektryczna oparcia | TAK |  |
|  | Pozycja Trendelenburga | TAK |  |
|  | Sterowanie ręczne i z pilota | TAK |  |
|  | Podnóżki | TAK |  |
|  | Maksymalne dopuszczalne obciążenie min.200 kg | TAK |  |
|  | Waga fotela maks. 200 kg | TAK |  |
|  | Uchwyt na ręcznik papierowy w rolce | TAK |  |
|  | Uchwyt na kolposkop | TAK |  |
|  | Statyw na kroplówkę zintegrowany z fotelem | TAK |  |
|  | Sterownik nożny pozycjonowania fotela | TAK |  |
|  | Lampa LED do badań lekarskich | TAK |  |
|  | Szyny boczne przy oparciu pleców | TAK |  |
|  | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Wpis do Rejestru Wyrobów medycznych | TAK |  |

**BILIRUBINOMETR**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nazwa producenta |  |
| Rok produkcji: |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Nazwa i typ/model |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW/FUNKCJI/WARUNKÓW WYMAGANYCH** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **WYPEŁNIA WYKONAWCA, WPISUJĄC:  „TAK” lub „NIE”** |
|  | Wyświetlacz LCD 3 segmentowy | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne lub akumulatorowe | TAK |  |
|  | Wskaźnik gotowości pracy | TAK |  |
|  | Jednostka pomiaru mg/dL lub µmol/L | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy min. 0.0 mg /dL | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru :   * niskie +17 umol/L ± 1.0.0mg/dL * wysokie +25 umol/L ± 1.5.0mg/dL | TAK |  |
|  | Pamięć min. ostatnie 20 pomiarów | TAK |  |
|  | Możliwość korekcji kalibracji | TAK |  |
|  | Urządzenie kompletne nie wymagające dodatkowego wyposażenia | TAK |  |
|  | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Urządzenie wpisane do Rejestru Wyrobów Medycznych | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

**DERMATOSKOP**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Nazwa producenta |  |
| Rok produkcji: |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Nazwa i typ/model |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW/FUNKCJI/WARUNKÓW WYMAGANYCH** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **WYPEŁNIA WYKONAWCA, WPISUJĄC:  „TAK” lub „NIE”** |
|  | Dermatoskop wyposażony w dwa poziomy intensywności oświetlenia w każdym trybie – polaryzacji / bez polaryzacji | TAK |  |
|  | Optyka min. 25 mm | TAK |  |
|  | Badanie spolaryzowane bez oglądania w kontakcie i bez kontaktu ze skórą (12 diod) i niespolaryzowane ( 6 diod) | TAK |  |
|  | Powiększenie min. 10x | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe | TAK |  |
|  | Wskaźnik naładowania akumulatora | TAK |  |
|  | Waga maks. 300 g | TAK |  |
|  | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Wpis do Rejestru Wyrobów medycznych | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

………………………………………………………………………

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy