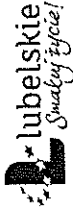




Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 1a

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**ZESTAWIENIE MINIMALNYCH WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH CZ. 1**

1. : Łóżko medyczne elektryczne z materacem – 3 kpl.

Producent: (podać) .....

Model/Typ: (podać) .....

Rok produkcji: (podać) .....

Częstość wykonywania przeglądu przez producenta: (podać) .....

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane)*
1.	Łóżko medyczne elektryczne - 3 szt		
2.	Łóżko pielęgnacyjne, sterowane elektrycznie	TAK	
3.	Konstrukcja łóżka ramowa, pokryta lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne, chemiczne oraz promieniowanie UV	TAK	
4.	Zasilanie 230 V (+/- 10%),	TAK	
5.	Wymiary leża min 900 x 2000 mm	TAK	
6.	Szerokość zewnętrzna łóżka wraz z zamontowanymi barierkami – 1000mm (+/- 50mm)	TAK	
7.	Długość zewnętrzna łóżka – 2100mm (+/-50mm)	TAK	
8.	Leże łóżka czterosegmentowe z drewnianych listew sprężynujących, odpornych na działanie środków dezynfekcyjnych	TAK	
9.	Regulacja wysokości leża, kąta nachylenia wężłowia oraz kąta nachylenia segmentu uda sterowane pilotem	TAK	
10.	Regulacja elektryczna wysokości leża, w zakresie minimum od 400 mm do 750 mm.	TAK	
11.	Elektryczna regulacja pochylenia leża do pozycji antytrendelenburga min 10°	TAK	
12.	Funkcja autokonturu segmentu pleców i ud	TAK	



13.	Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców w zakresie min 0 - 70 °	TAK
14.	Elektryczna regulacja segmentu ud w zakresie min 0 - 35 °	TAK
15.	Dwa szczyty wykonane z drewna lub płyt drewnopochodnych.	TAK
16.	Barierki boczne o wysokości min 37 cm, składane na ramę leża w sposób szybki i łatwy, nie poszerzające łóżka, zabezpieczające pacjenta na całej długości łóżka.	TAK
17.	Barierki boczne wykonane z drewna lub płyt drewnopochodnych	TAK
18.	4 koła antystatyczne z blokadą, o średnicy min. 100 mm	TAK
19.	Maksymalne obciążenie łóżka nie mniej niż 185 kg	TAK
20.	Powierzchnie łóżka odporne na środki dezynfekcyjne oraz promienie UV.	TAK
21.	Pilot z blokadą funkcji	TAK
22.	W co najmniej dwóch narożnikach leża tuleje do mocowania wieszaka kroplówki oraz wysięgniki z uchwytem do ręki	TAK
23.	Rama leża wyposażona w uchwyty zabezpieczające materac przed przesuwaniami	TAK
24.	Funkcja umożliwiająca łatwy transport i przechowywanie. Na wyposażeniu pomocniczy element do przechowywania łóżka	TAK
25.	Wysięgnik z uchwytem do ręki montowany w tulejach do ramy leża zaoferowanego łóżka	TAK
26.	<b>Materac szpitalny z pokrowcem nieprzemakalnym- 3 szt</b>	
27.	Materac szpitalny z pokrowcem nieprzemakalnym, o grubości min. 10 cm dostosowany do dezynfekcji powierzchniowej i sterylizacji parowej	TAK

2. **Materac przeciwoodleżynowy – 2 szt.**

Producent: (podać) .....

Model/Typ: (podać) .....

Rok produkcji: (podać) .....

Częstość wykonywania przeglądów określona przez producenta: (podać) .....



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Lubelskie  
Smakuj życie!



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane)*
1.	Materac przeciwodleżynowy zmiennociśnieniowy	TAK	
2.	Materac przeznaczony do profilaktyki min. III stopnia zagrożenia odleżynami włącznie w skali czterostopniowej EPUAP.	TAK	
3.	Zbudowany z min. 17 komór poprzecznych wykonanych z elastycznego poliuretanu, komory wypinane na klipsy	TAK	
4.	3 statyczne komory na wysokości głowy	TAK	
5.	Wymiary materaca dostosowane do leża łóżka 200x90 cm.	TAK	
6.	Wysokość materaca min. 10 cm – max 13 cm	TAK	
7.	Materac wyposażony w pasy mocujące do materaca gąbkowego, zawór reanimacyjny CPR, materac zapewniający mikrowentylację	TAK	
8.	Elastyczny pokrowiec z PU (wodoszczelny, paroprzepuszczalny i antypoślizgowy)	TAK	
9.	System przeznaczony dla pacjentów o wadze do min. 140 kg włącznie	TAK	
10.	Zasilanie pompy 230V (+/-10%)	TAK	
11.	Możliwość ustawienia wagi pacjenta na pompie / wyświetlana wartość na diodowym wyświetlaczu LED	TAK	
12.	Materac współpracujący z pompą o wydajności min. 8 l / min	TAK	
13.	Przewód zasilający o dł. min 2m.	TAK	
14.	Cykl pracy zmienny co 10-12 min	TAK	
15.	Wymagany zakres ciśnienia: 20-55 mmHg	TAK	
16.	Pompa wyposażona we wskaźnik diodowy niskiego ciśnienia	TAK	
17.	Pompa wyposażona we wskaźnik diodowy awarii zasilania	TAK	
18.	Pompa wyposażona w system alarmów oraz jego wyłącznik	TAK	
19.	Dioda LED włączonego trybu statycznego	TAK	



3. Balkonik - 3 szt.

Producent: (podać) .....

Model/Typ: (podać) .....

Rok produkcji: (podać) .....

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: (podać) .....

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Balkonik aluminiowy rehabilitacyjny dwukołowy - składana aluminiowa rama wzmocniona poziomymi poprzeczkami, nóżki tylne zakończone gumowymi antypoślizgowymi zabezpieczeniami, nóżki przednie z kółkami o średnicy min. 12cm z możliwością odpięcia, ergonomiczny uchwyt.	TAK	
2.	Wysokość balkonika regulowana skokowo co 2-3cm, szerokość balkonika 64cm - /+3cm ,wysokość 80-97,5 (-/+3cm).	TAK	
3.	Obciążenie minimum 110kg	TAK	
4.	Kolor srebrny lub szary	TAK	

4. Chodzik - 5 szt.

Producent: (podać) .....

Model/Typ: (podać) .....

Rok produkcji: (podać) .....

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: (podać) .....

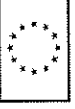
Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Chodzik z siedziskiem-składana rama aluminiowa z miękkim pokrytym materiałem zmywalnym siedziskiem ,min. podwójna regulacja wysokości podpórki i siedziska, ergonomiczne uchwyty, uchylna barierka oparcia, cztery kółka nie mniejsze niż 20cm z hamulcami z możliwością blokady.	TAK	
2.	Szerokość podpórki (-/+3cm) 60 cm.	TAK	



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



3.	Wysokość podpórki 75,5-95 cm.	TAK	
4.	Wysokość siedziska 51,5-57 cm.	TAK	
5.	Obciążenie minimum 135kg.	TAK	

5. **Wózek inwalidzki – 4 szt.**

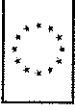
Producent: (podać) .....

Model/Typ: (podać) .....

Rok produkcji: (podać) .....

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: (podać) .....

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	Rama aluminiowa, składana o konstrukcji krzyżakowej	TAK	
2.	Tapicerka łatwo zmywalna z możliwością dezynfekcji ogólnodostępnymi środkami	TAK	
3.	Uchylne, demontowalne podkietniki	TAK	
4.	Uchylne, demontowane podnóżki z regulacją długości oraz pasami zabezpieczającymi stopy	TAK	
5.	Pas biodrowy	TAK	
6.	Przednie koła skrętne, pełne lub szprychowe gumowane, rozmiar 200x50	TAK	
7.	Tyłne koła pełne lub szprychowe gumowane, rozmiar min 24"	TAK	
8.	Podwójny system hamowania (dla pacjenta i dla opiekuna)	TAK	
9.	Wymiary siedziska: szerokość : 49-51 cm głębokość : 40-42 cm wysokość: 48-51 cm		
10.	Waga wózka <18 kg	TAK	
11.	Maksymalne obciążenie min 120 kg	TAK	



6. Wózek pielęgnacyjny – 3 szt.

Producent: (podać) .....

Model/Typ: (podać) .....

Rok produkcji: (podać) .....

Częstotliwość wykonywania przeglądu określa producent: (podać) .....

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	<p>Wózek inwalidzki toaletowy-siedzisko wyciągane z tworzywa sztucznego nieprzemakalnego, wyciągany montowany pod siedziskiem pojemnik sanitarny. Rama składana metalowa, malowana proszkowo. Podłokietniki uchylne, demontowane pokryte tkaniną zmywalną. Uchylne, demontowane podnóżki z tworzywa sztucznego. Koła przednie lane lub szprychowe gumowane minimum 6", koła tylne lane lub szprychowe gumowane z hamulcem postojowym, rozmiar minimum 20". Wymiary (-/+ 5cm):</p> <p>Szerokość całkowita: 60 cm Szerokość siedziska: 45 cm Głębokość całkowita: 100cm Wysokość siedziska od podłoża: 50 cm Wysokość całkowita: 90 cm Wysokość podłokietnika od siedziska: 20 cm Maksymalne obciążenie: minimum 100 kg Kolory ramy i tapicerki według wzornika producenta minimum szary, czarny.</p>	TAK	



**7. Koncentrator tlenu – 3 szt.**

Producent: (podać) .....

Model/Typ: (podać) .....

Rok produkcji: (podać) .....

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: (podać) .....

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane)*
1.	Zasilanie 230V (+/- 10 %)	TAK	
2.	Urządzenie przeznaczone do pracy ciągłej	TAK	
3.	Regulacja przepływu tlenu w zakresie od 0.5l/min – 5 l/min	TAK	
4.	Stężenie tlenu (przy przepływie 5 l/min) min. 93% (+/- 3%)	TAK	
5.	Monitorowanie poziomu stężenia tlenu	TAK	
6.	Alarm niskiego poziomu tlenu	TAK	
7.	Licznik godzin pracy urządzenia	TAK	
8.	Nawilżacz powietrza	TAK	
9.	Poziom hałasu max 45 dB	TAK	
10.	Uchwyt do przenoszenia	TAK	
11.	Podstawa jezdna	TAK	
12.	Waga poniżej 20 kg	TAK	

**8. Orbitrek magnetyczny – 1 szt.**

Producent: (podać) .....

Model/Typ: (podać) .....

Rok produkcji: (podać) .....

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: (podać) .....

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	System oporu: Magnetyczny	TAK	



2.	Przeznaczenie: Domowe	TAK
3.	Wyposażenie: Komputer	TAK
4.	Pomiar: czasu, dystansu, prędkości, pulsu, spalonych kalorii	TAK
5.	uchwyty z pianki	TAK
6.	Maksymalne obciążenie: minimum 120 kg	TAK
7.	Manualna regulacja oporu: min. 7 poziomów	TAK
8.	Dotykowe czujniki pulsu na kierownicy	TAK
9.	Stopki poziomicujące	TAK
10.	Stabilna stalowa konstrukcja	TAK
11.	Antypoślizgowe szerokie podstawy	TAK
12.	Podstawy na stopy: rozstaw podstaw min. 22 cm, wymiary (dł x szer) min 32 x 11 cm	TAK
13.	Długość kroku: min 28 cm	TAK

9. **Stepper skrętny z kolumną – 2 szt.**

Producent: **(podać)** .....

Model/Typ: **(podać)** .....

Rok produkcji: **(podać)** .....

Częstotliwość wykonywania przeglądów określona przez producenta: **(podać)** .....

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia (parametry wymagane)	Parametry graniczne/punktacja	Treść oferty (parametry oferowane) *
1.	płynna regulacja obciążenia, siłowniki hydrauliczne, stabilna konstrukcja, ruch w górę i dół oraz ruch boczny, 2 taśmy treningowe, ramiona treningowe	TAK	
2.	komputer pokładowy wyświetla – min. funkcje: czas, kroki, kalorie	TAK	
3.	wymiary (dł./szer.wys.): 42x43x22,5 cm	TAK	
4.	Maksymalne obciążenie: minimum 100 kg	TAK	





		Akcesoria i komora nebulizacji przystosowane do dezynfekcji. Wymiary [dł. x szer. x wys. ](-/+5cm): 20 x 15 x 14 cm. Częstotliwość ultradźwięków w przedziale 1,50-2,0 MHz. Zasilanie sieciowe. Kolor według wzornika producenta.			
7	stolik przyłóżkowy do posiłków	z kółeczkami, blat z tworzywa łatwego w czyszczeniu i dezynfekcji, regulacja wysokości, min. wymiary blatu - 40x60 cm, grubość blatu: 12 mm, - szerokość: 41 cm - wysokość: 73-113cm, regulacja blatu	szt.	2	TAK
8	Mata zapobiegająca zeslizgiwaniu się z wózka inwalidzkiego	wymiary min. - 130 x 45 cm, maksymalne obciążenie - 180 kg, min. 8 wzmocnionych uchwytów, możliwość prania w temp. Min. 60°C.	szt.	1	TAK

Przed przystąpieniem do realizacji dostawy sprzętu Wykonawca jest zobowiązany do uzgodnienia kolorystyki z Zamawiającym.

\* W przypadku parametrów ocenianych należy wstawić wartości zaofertowanych parametrów umożliwiających dokonanie oceny. W pozostałych pozycjach wystarczające będzie potwierdzenie spełnienia parametrów poprzez wpisanie słowa TAK

**Oświadczam, że zaofertowane przez nas przedmioty są produkowane seryjnie (nie modyfikowany pod potrzeby przedmiotu zamówienia) i spełniają wszystkie wymagania określone w niniejszym załączniku.**

Miejscowość ..... data .....

.....  
pieczętka i podpis wykonawcy  
lub osoby upoważnionej

