**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Przedmiotem zamówienia jest:**

Dostawa fabrycznie nowych mebli medycznych, aparatury i sprzętu medycznego stanowiącego wyposażenie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej: sali pielęgniarstwa wysokiej wierności, pomieszczenia kontrolnego, sali symulacji z zakresu ALS i BLS, sali ćwiczeń umiejętności pielęgniarskich, sali ćwiczeń umiejętności technicznych w ramach Projektu Utworzenie Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej środkiem do poprawy jakości kształcenia pielęgniarek w Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego 2014-2020 w ramach V osi priorytetowej wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie nr 5.3 oraz ze środków budżetu państwa i dostawa sprzętu do Pracowni Diagnozy Pedagogicznej finansowana ze środków budżetu państwa

1. Wyposażenie i sprzęt stanowiące przedmiot zamówienia przedstawia poniższa specyfikacja techniczna.
2. Zaoferowany przez Wykonawcę w załączniku do oferty sprzęt, otoczenie symulacyjne, aparatura, sprzęt i meble medyczne (Zadania: od 1 do 10), muszą spełnić wszystkie wymogi zawarte w opisie przedmiotu zamówienia wykazane przez Zamawiającego.
3. Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć przedmiot zamówienia bezpośrednio do budynku, w którym znajduje się Centrum oraz dokonać jego montażu (jeśli dotyczy) i ustawienia w miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
4. Wykonawca jest zobowiązany posprzątać pomieszczenia oraz wywieźć wszystkie odpady oraz opakowania pozostałe po ich montażu.
5. Dostarczone wyposażenie i sprzęt musi być fabrycznie nowy (wyprodukowany najpóźniej w 2019 r), nieużywany, nieregenerowany, w pełni sprawny, kategorii I, wolny od wad materiałowych i produkcyjnych, nie pochodzący z ekspozycji.
6. Sprzęt musi być dostarczony wraz z materiałami i wyposażeniem umożliwiającym ich eksploatację bezpośrednio po przekazaniu Zamawiającemu.
7. Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć własnym transportem i na własny koszt przedmiot zamówienia do obiektu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie ul. Piotra Skargi 5, 67-200 Głogów
8. Zamawiający wymaga, aby przedmiot zamówienia spełniał wymagane polskim i europejskim prawem wszelkie normy, posiadał dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, posiadał niezbędne świadectwa, certyfikaty i atesty, w tym deklaracje zgodności CE, które Wykonawca dostarczy przy dostawie wraz ze sprzętem (jeśli dotyczy)
9. Zamawiający wymaga dostarczenia instrukcji obsługi w języku polskim dla każdego urządzenia, warunków jego eksploatacji, certyfikatów, aprobat technicznych, deklaracji zgodności, świadectw bezpieczeństwa w wersji papierowej i na nośniku elektronicznym zgodnie z wymaganiami przepisów prawa (jeśli dotyczy).
10. **Zamawiający wymaga minimalnego okresu gwarancji na przedmiot zamówienia w ilości 24 miesięcy.**
11. Dostawa i montaż (jeśli dotyczy), uruchomienie (jeśli dotyczy) i szkolenie (jeśli dotyczy) odbędą się w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie ul. Piotra Skargi 5, 67-200 Głogów.
12. Zamawiający nie dopuszcza dostaw kurierskich lub pocztowych bez udziału Wykonawcy.

**Zamawiający wymaga:**

* Potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów technicznych poprzez wpisanie słowa TAK w odpowiednim wierszu. Niespełnienie któregokolwiek z parametrów skutkuje odrzuceniem oferty.

**Minimalne wytyczne funkcjonalno-jakościowe dla przedmiotu zamówienia.**

**ZADANIE NR 1 – MEBLE I WYPOSAŻENIE MEDYCZNE**

**POZYCJA NR 1 – KOZETKA LEKARSKA** – 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE (OPISAĆ)** |
| 1.  | Stelaż stalowy, lakierowany proszkowo na biało  |  |
| 2.  | Leże dwusegmentowe, tapicerowane materiałem zmywalnym, kolor szary lub inny (po dostarczeniu wzornika kolorów)  |  |
| 3.  | Zagłówek regulowany ręcznie: ok. +/- 45o |  |
| 4.  | Wymiary ok.: 1850x550x500 mm [długość x szerokość x wysokość]  |  |
| 5.  | Wyposażenie: uchwyt do mocowania rolki prześcieradła jednorazowego użytku  |  |
| 6.  | Taboret medyczny tapicerowany, regulowana wysokość siedziska, podstawa metalowa o regulowanej wysokości. Kolor tapicerki szary lub inny identyczny z kolorem tapicerki kozetki.  |  |
| **POZYCJA NR 2 – STANOWISKO DO INIEKCJI** – 1 szt.**Producent i model urządzenia ……………** |  |
| **Lp.** | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1.  | Stelaż stalowy, lakierowany proszkowo  |  |
| 2.  | Regulowana wysokość podłokietników  |  |
| 2.  | Siedzisko, oparcie i podłokietniki wykonane z wytrzymałego materiał, zmywalnego; kolor szary lub inny do wyboru po przedstawieniu przez dostawcę wzornika kolorystycznego  |  |
| 3.  | Regulacja wysokości i obrotu podłokietników w płaszczyznach góra-dół, na boki  |  |
| 4.  | Szerokość siedziska min. 45cm x 40 cm, wysokość oparcia ok. 36cm  |  |
| **POZYCJA NR 3 – WÓZEK TRANSPORTOWY** – 1 szt.**Producent i model urządzenia ……………** |  |
| **Lp.** | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1.  | Wózek transportowy 2-segmentowy, z materacem  |  |
| 3.  | Szerokość leża minimum 60cm, długość leża minimum 190cm  |  |
| 4.  | Regulacja segmentu pleców w zakresie min. 0° do +45°  |  |
| 5.  | Regulacja pochylenia oparcia pleców wspomagane są sprężyną gazową  |  |
| 6.  | Regulacja wysokości w mieszcząca się zakresie min. 450 mm – max. 1050 mm  |   |
| 7.  | Regulacja wysokości za pomocą mechanizmu hydraulicznego  |  |
| 8.  | Koła o średnicy z centralnym systemem blokowania (dźwignie hamulca dostępne przy każdym narożniku) bądź z 1 dźwignią nożną od strony nóg  |  |
| 9.  | Bezpieczne obciążenie robocze min. 150 kg  |  |
| 10.  | Wózek wyposażony min. w materac, barierki boczne, wieszak kroplówki  |  |
| 11.  | Krążki odbojowe w każdym narożniku  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **POZYCJA NR 4 – WÓZEK INWALIDZKI** – 1 szt.**Producent i model urządzenia ……………** |  |
| **Lp.** | **Opis wymagań** |  | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1.  | Konstrukcja wózka ze stali malowanej proszkowo  |  |  |
| 2.  | Płyty boczne podłokietnika wykonane z wytrzymałego sztucznego  tworzywa  |  |
| 3.  | Płyta mocowana do ramy podłokietnika  |  |  |
| 4.  | Hamulce oparte na systemie sprężynowym lub dociskowym  |  |  |
| 5.  | Szerokość siedziska w zakresie ok. 44 – 50 cm  |  |  |
| 6.  | Koła na szybkozłączach  |  |  |
| 7.  | Koła tylne, pompowane: ok. 24'  |  |  |
| 8.  | Rama krzyżakowa ze stali precyzyjnej  |  |  |
| 9.  | Podnóżki odchylane i wyjmowane  |  |  |
| 10.  | Podłokietniki odchylane  |  |  |
| 11.  | Zmywalna tapicerka  |  |  |
| **POZYCJA NR 5 – ZESTAW MEBLI MEDYCZNYCH** – 1 zestaw**Producent i model urządzenia ……………** |  |  |
| **Lp.** | **Opis wymagań** |  | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1.  | Wózek na odpady, brudną bieliznę podwójny stelaż na worki - 1 szt. Stelaż i obręcz do worków - stal chromowana lub stal kwasoodporna  |  |
| Pokrywa – tworzywo ABS lub stal kwasoodporna Podstawa – stal przykryta tworzywem ABS lub stal kwasoodporna. Koła w tym przynajmniej 2 z możliwością blokady. Możliwość ręcznego podnoszenia pokrywy  |  |
| Możliwość nożnego podnoszenia pokrywy. Zabezpieczenie przed zsuwaniem się worków z obręczy.  |  |
| 2.  | Wózek do rozwożenia leków - 1 szt.  Konstrukcja z metalowych rurek  |  |
| Uchylna miska z tworzywa  |  |
| Przenośne tace  |  |
| Przegródki na leki z tworzywa sztucznego  |  |
| Półki do umieszczania tac  |  |
| Koła jezdne min. 2 z blokadą  |  |
| 3.  | Stolik do badania i pielęgnacji niemowląt z szafką - 1 szt., rama z profili.  |  |
| Blat tapicerowany materiałem ze skóry ekologicznej z kołnierzem z pianki tapicerowanym materiałem ze skóry ekologicznej z 3 stron (z tyłu i po bokach)  |  |
| Szafka z płyty laminowanej. Koła jezdne min. dwa z blokadą  |  |
| 4.  | Łóżeczko dla noworodków z leżem wykonanym z plastikowego tworzywa – 1 szt.  |  |
| Przejezdne, wyposażone w min. 2 koła z blokadą  |  |
| Wyposażone w materacyk w pokrowcu nieprzemakalnym  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **POZYCJA NR 6 – ZESTAW MEBLI MEDYCZNYCH** – 1 zestaw**Producent i model urządzenia ……………** |  |
| **Lp.** | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1  | Wózek na odpady, brudną bieliznę podwójny stelaż na worki - 1 szt. Stelaż i obręcz do worków - stal chromowana lub stal kwasoodporna  |  |
| Pokrywa – tworzywo ABS lub stal kwasoodporna Podstawa – stal przykryta tworzywem ABS lub stal kwasoodporna. Koła w tym przynajmniej 2 z możliwością blokady. Możliwość ręcznego podnoszenia pokrywy  |  |
| Możliwość nożnego podnoszenia pokrywy. Zabezpieczenie przed zsuwaniem się worków z obręczy.  |  |
| 2  | Stolik zabiegowy - 1 szt.  |  |
| Powinien posiadać 2 półki oraz 2 uchylne miski. Rama – metal  |  |
| Półki – stal kwasoodporna. Miski – tworzywo sztuczne. 4 kółka w tym 2 z blokadą.  |  |
| 3  | Taboret obrotowy na śrubie wykonany z aluminium - 3 szt.  |  |
| 4  | Waga osobowa ze wzrostomierzem elektronicznym - 1 szt. Nośność Min. 150 kg  |  |
| Funkcja BMI, Funkcja TARA, zasilanie elektryczne, wzrostomierz, legalizacja  |  |
| **POZYCJA NR 7 – ZESTAW WYPOSAŻENIA BIUROWEGO** – 1 zestaw**Producent i model urządzenia ……………** |  |
| **Lp.** | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1  | Biurko o długości 320 cm szerokość blatu 80 cm - 1 szt. |  |
| Biurko wykonane z konstrukcji metalowej zapobiegającej uginanie się blatu. Blatem o grubości nie mniejszej niż 25 mm o (zaoblony od strony użytkownika), strona przeciwległa – kat prosty okleinowana z 3 stron w kolorze blatu, kolor ciemny – szary , czarny etc. do ustalenia z Zamawiającym |  |

.................................. dnia ...........................

.................................. dnia ...........................

 ..…………………….…………

 /Podpis Wykonawcy/

**ZADANIE NR 2 – MEBLE I WYPOSAŻENIE MEDYCZNE DODATKOWY ZESTAW
POZYCJA NR 1 – KOZETKA LEKARSKA** – 3 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE (OPISAĆ)** |
| 1.  | Stelaż stalowy, lakierowany proszkowo na biało  |  |
| 2.  | Leże dwusegmentowe, tapicerowane materiałem zmywalnym, kolor szary lub inny (po dostarczeniu wzornika kolorów)  |  |
| 3.  | Zagłówek regulowany ręcznie: ok. +45o |  |
| 4.  | Wymiary ok.: 1850x550x500 mm [długość x szerokość x wysokość]  |  |
| 5.  | Wyposażenie: uchwyt do mocowania rolki prześcieradła jednorazowego użytku  |  |
| 6.  | Taboret medyczny tapicerowany, regulowana wysokość siedziska, podstawa metalowa o regulowanej wysokości. Kolor tapicerki szary lub inny identyczny z kolorem tapicerki kozetki.  |  |

 **POZYCJA NR 2 – STOLIK DO PRZEWIJANIA NIEMOWLĄT** – 4 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania****TAK/NIE OPISAĆ** |
|  | medyczny stolik do przewijania, badania lub do masażu niemowląt z dodatkową półeczkę boczną. |  |
|  | Wymiary wysokość 80 cm, długość 100 cm, szerokość 80 cm Półka boczna  30x50cm - tolerancja wymiarów w zakresie +/- 5% |  |
|  | tapicerka: skaj medyczny |  |
|  | Produkt atestowany |  |

**POZYCJA NR 3 – STOLIK ZABIEGOWY** – 14 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania****TAK/NIE OPISAĆ** |
|  | Stolik z dwoma pólkami |  |
|  | Uchwyty do prowadzenia |  |
|  | Podstawa mobilna na 4 kółkach z blokadą na co najmniej dwóch kołach |  |
|  | Wykonany ze stali nierdzewnej |  |
|  | Wymiary wysokość 90 cm, długość 85 cm, szerokość 50 cm, tolerancja wymiarów w zakresie +/- 10 % |  |

.................................. dnia ...................................... …………………………………………….
 /Podpis Wykonawcy/

**ZADANIE NR 3 - ZESTAW DO PROFILAKTYKI PRZECIWODLEŻYNOWEJ**– 1 zestaw **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1.  | **Materac przeciwodleżynowy rurowy:**  |  |
| Materac zmiennociśnieniowy wykonany z wytrzymałego materiału; komory napełniane cyklicznie powietrzem przez pompę zasilającą.  |  |
| Wymiary materaca: 200 cm x 90 cm.  |  |
| Materac wyposażony w pokrowiec  |  |
| Pokrowiec i komory dostosowane do mycia i dezynfekcji  |  |
| 2.  | **Materac przeciwodleżynowy:**  |  |
| Wykonany z pianki wysokoelastycznej, trwały i odporny na odkształcanie, nie przepuszczający płynów, odporny na rozdarcie  |  |
| Materac w pokrowcu nieprzemakalny, paroprzepuszczalnym  |  |
| Wymiary: 90x200 cm  |  |
| 3.  | **Zestaw poduszek do pozycjonowania pacjentów** wypełnionych mikrogranulkami lub mikrowłóknem; pokrowce zmywalne, łatwe w czyszczeniu i dezynfekcji, odporne na działanie środków dezynfekcyjnych; lub poduszki wykonane z pianek wysokoelastycznych z pokrowcem; w zestawie minimum:  |  |
| Poduszka w kształcie półksiężyca do podpierania pleców; mała poduszka pod głowę  |  |
| Okrągła poduszka pod kark |  |
| Poduszka „wąż” do układania pacjenta w pozycji bocznej; |  |
| Poduszki stabilizująca; 2 wymiary: poduszka średnia; poduszka mała |  |
| Poduszka w kształcie wałka, do odwodzenia kolan  |  |
| Poduszka odwodząca kolana (separator/klin między uda); |  |
| Poduszka w kształcie klina – do stabilizacji miednicy, do układania między nogami pacjenta.  |  |
| Szyna Brauna – poduszka dopasowana do kształtu podudzia;  |  |
| Klin pod plecy lub nogi: poduszka umożliwiająca podparcie pleców lub nóg w zakresie 30-60 stopni; poduszka w bawełnianej poszewce/ochraniaczu;  |  |
| Poduszka przeciwodleżynowa okrągła do siedzenia; |  |
| Krążki przeciwodleżynowe w pokrowcu frotte; rozmiary ok.: średnica 20x5cm – 2 szt.; 40x5 cm – 1 szt.; 25x7 cm – 2 szt.  |  |
| Podkładka pod głowę, zapobiegająca powstawaniu odleżyn; wykonana z pianki poliuretanowej;  |  |

.................................. dnia ...................................... …………………………………………….

 /Podpis Wykonawcy/ ..… /Podpis Wykonawcy/

## ZADANIE NR 4 -ZESTAW SPRZĘTU DO PIELĘGNACJI I HIGIENY PACJENTÓW – 1 zestaw Producent i model urządzenia ……………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1.  | **Wózek transportowo-kąpielowy dla osoby dorosłej:**  |  |
| Barierki i szczyty wózka wykonane ze stali nierdzewnej lakierowanej proszkowo |  |
| wanna PCV z odpływem, wodoodporną poduszką |  |
| Koła wózka z blokadą  |  |
| Uchylane barierki, 4 odbojniki  |  |
| 2.  | **Podnośnik transportowy do podnoszenia pacjentów:**  |  |
| Rama wózka malowana proszkowo;  |  |
| Sterowany elektrycznie, przycisk awaryjny, dodatkowy manualny system szybkiego opuszczania pozwalający na bezpieczne opuszczenie pacjenta w przypadku wyładowania baterii; sterownie pilotem przewodowym;  |  |
| Obrotowe koła przednie; koła tylne wyposażone w blokadę.  |  |
| Czteropunktowy wieszak nosidła  |  |
| W wyposażeniu nosidło ze stabilizacją głowy do codziennego użytku  |  |
| Maksymalne obciążenie: do 150kg  |  |
| 3.  | **Zestaw do mycia włosów** u osób w pozycji leżącej. Pneumatyczna miska z wężem odpływowym, pojemnik na wodę z wężem z końcówką prysznicową.  |  |
| 4.  | **Taboret lub krzesło prysznicowe z oparciem:**  |  |
| Taboret/krzesło wykonane z materiału łatwo zmywalnego, nóżki antypoślizgowe  |  |

**ZADANIE 21.**

.................................. dnia ...........................

..…………………….………… /Podpis Wykonawcy/

# ZADANIE NR 5 – ZESTAWY DROBNEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO

**POZYCJA NR 1 - ZESTAW DROBNEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO DO SALI PIELĘGNIARSTWA WYSOKIEJ WIERNOŚCI –** 2 zestawy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania****TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1.  | aparat do mierzenia ciśnienia z 5 mankietami dla różnych grup wiekowych pacjentów – 3 szt.  |  |
| 2.  | stetoskop dla dorosłych – 2 szt. |  |
| 3.  | stetoskop dla dzieci – 1 szt. |  |
| 4.  | staza – 3 szt |  |
| 5.  | Otoskop – 1 szt.  |  |
| 6.  | Oftalmoskop – 1 szt. |  |
| 7.  | latarka diagnostyczna – 3 szt.  |  |
| 8.  | okulary ochronne wielokrotnego użytku- 3 szt..  |  |
| 9.  | Worek samorozprężalny dla dorosłych, 3 maski, akumulator tlenu, przewód tlenowy min. 1,5 m – 1 kpl.  |  |
| 10.  | Worek samorozprężalny dla dzieci, 3 maski, akumulator tlenu, przewód tlenowy min. 1,5 m – 1 kpl.  |  |
| 11.  | Worek samorozprężalny dla noworodków, 3 maski, akumulator tlenu, przewód tlenowy min. 1,5 m – 1 kpl.  |  |
| 12.  | Zestaw do intubacji: laryngoskop wielokrotnego użytku z rękojeścią do dla dorosłych, 3 rozmiary łopatek (4,3,2) typu Macintosh – 1 kpl.  |  |
| 13.  | Zestaw do intubacji: laryngoskop wielokrotnego użytku z rękojeścią (tzw. krótka) dla dzieci ,3 rozmiary łopatek(3,2,1) typu Macintosh – 1 kpl. |  |
| 14.  | Zestaw do intubacji: laryngoskop wielokrotnego użytku z rękojeścią (tzw. cienką ) dla noworodków ,3 rozmiary łopatek typu miller – 1 kpl.  |  |
| 15.  | Zestaw rurek gudela 8 szt. w pudełku – 3 szt.  |  |
| 16.  | Kleszczyki typu Magilla min. 2 rozmiary – 1 kpl.  |  |
| 17.  | Ssak ręczny – 1 szt.  |  |
| 18.  | Nożyczki tzw. ratownicze – 3 szt.  |  |
| 19.  | Wózek brudownik 1 szt. |  |
| 20.  | Wózek medyczny, 2 półki oraz 2 uchylne miski. Rama – metal Półki – stal kwasoodporna. Miski – tworzywo sztuczne. 4 kółka w tym 2 z blokadą. |  |
| 21.  | Mankiet do szybkiej infuzji 1 szt. |  |
| 22.  | Podgrzewarka do płynów infuzyjnych 1 szt |  |
| 23.  | Ciśnieniomierz z kompletem mankietów np.: DS58 Pediatric Kit Welch Allyn lub równoważny 1 szt. |  |
| 24.  | Glukometry wraz z nakłuwaczami i paskami 1 szt |  |
| 25.  | Dozowniki do tlenoterapii 2 szt. |  |
| 26.  | Termometry elektroniczne 2 szt. |  |
| 27.  | System do godzinowej zbiórki moczu 2szt. |  |
| 28.  | System do zbiórki stolca 2 szt. |  |

 **POZYCJA NR 2 - ZESTAW DROBNEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO DO SALI SYMULACJI Z ZAKRESU ALS** – 1 zestaw

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1.  | aparat do mierzenia ciśnienia dla różnych grup wiekowych pacjentów – 1 szt.  |  |
| 2.  | stetoskop dla dorosłych – 1 szt. |  |
| 3.  | stetoskop dla dzieci – 1 szt. |  |
| 4.  | staza – 3 szt |  |
| 5.  | latarka diagnostyczna – 3 szt.  |  |
| 6.  | okulary ochronne wielokrotnego użytku- 3 szt.. |  |
| 7.  | Worek samorozprężalny dla dorosłych, 3 maski, akumulator tlenu, przewód tlenowy min. 1,5 m dziecko – 1 kpl.  |  |
| 8.  | Worek samorozprężalny dla dzieci, 3 maski, akumulator tlenu, przewód tlenowy min. 1,5 m dziecko, noworodek z maskami 3 szt. – 1 kpl.  |  |
| 9.  | Worek samorozprężalny dla noworodków, 3 maski, akumulator tlenu, przewód tlenowy min. 1,5 m – 1 kpl.  |  |
| 10.  | Zestaw do intubacji: laryngoskop wielokrotnego użytku z rękojeścią do dla dorosłych, 3 rozmiary łopatek (4,3,2) typu Macintosh – 1 kpl.  |  |
| 11.  | Zestaw do intubacji: laryngoskop wielokrotnego użytku z rękojeścią (tzw. krótka) dla dzieci, 3 rozmiary łopatek (3,2,1) typu Macintosh – 1 kpl.  |  |
| 12.  | Zestaw do intubacji: laryngoskop wielokrotnego użytku z rękojeścią (tzw. cienką ) dla noworodków ,3 rozmiary łopatek typu miller – 1 kpl.  |  |
| 13.  | Zestaw rurek gudela 8 szt. w pudełku – 3 szt. |  |
| 14.  | Kleszczyki typu Magilla min. 2 rozmiary – 1 kpl.  |  |
| 15.  | Ssak ręczny – 1 szt.  |  |
| 16.  | Nożyczki tzw. ratownicze – 3 szt.  |  |
| 17.  | Zestaw rurek krtaniowych różne rozmiary – min. 3 szt. (dorosły, dziecko)  |  |
| 18.  | Zestaw masek krtaniowych z mankietem nadmuchiwanym różne rozmiary – min. 3 szt. (dorosły, dziecko)  |  |
| 19.  | Zestaw masek krtaniowych bez mankietu nadmuchiwanego różne rozmiary – min. 3 szt. (dorosły, dziecko,noworodek)  |  |
| 20.  | Zestaw do wkłucia centralneo 1 szt.  |  |
| 21.  | Dozownik do tlenoterapii  |  |
| 22.  | Prowadnica do intubacji 2 szt – różne rozmiary  |  |
| 23.  | Termometry elektroniczne 2 szt.  |  |
| 24.  | Parawan czteroskrzydłowy – 1 szt.  |  |
| 25.  | Wózek brudownik 1szt.  |  |
| 26.  | Wózek medyczny, 2 półki oraz 2 uchylne miski. Rama – metal Półki – stal kwasoodporna. Miski – tworzywo sztuczne. 4 kółka w tym 2 z blokadą. |  |
| 27.  | Mankiet do szybkiej infuzji 1 szt.  |  |

**POZYCJA NR 3 - ZESTAW DROBNEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO DO SALI ĆWICZEŃ UMIEJĘTNOŚCI PIELĘGNIARSKICH** – 1 zestaw

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1.  | Wózek brudownik 1 szt |  |
| 4.  | Wózek medyczny, szklany 1 szt |  |
| 5.  | Parawan czteroskrzydłowy 1 szt |  |
| 6.  | Dozowniki do tlenoterapii 2 szt.  |  |
| 7.  | Termometry elektroniczne 2 szt.  |  |
| 8.  | Baseny pneumatyczne do mycia głowy w łóżku 5 szt.  |  |
| 9.  | Nebulizatory z całym zestawem (maseczkami) 2 szt.  |  |
| 10.  | Glukometr wraz z nakłuwaczami i paskami 3 szt.  |  |
| 11.  | Babyhaler-komora inhalacyjna 2 szt.  |  |
| 12.  | Kliny, wałki, krążki do udogodnień w łóżku po 2 szt. z każdego udogodnienia  |  |
| 13.  | Unieruchomienia do zakładania wkłuć dla noworodków, dzieci i dorosłych po 1 szt. z każdego rozmiaru  |  |
| 14.  | Komplet pasów ograniczający ruch - 1 szt.  |  |
| 15.  | Aspiratory do nosa/odciągacze kataru dla dzieci 1 szt.  |  |
| 16.  | Kompresy żelowe ciepło-zimno na czoło, skronie, zatoki, szyje, kark, kolano - uniwersalne różne wielkości – po 1 szt. z każdego rodzaju  |  |
| 17.  | Balkonik 1 szt.  |  |
| 18.  | Klin po mastektomii – 1 szt.  |  |
| 19.  | Zestaw do wkłucia centralnego 1 szt.  |  |

 **POZYCJA NR 4 - ZESTAW DROBNEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO DO SALI EGZAMINACYJNEJ OSCE** – 1 zestaw

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1.  | aparat do mierzenia ciśnienia z 5 mankietami dla różnych grup wiekowych pacjentów – 3 szt.  |  |
| 2.  | stetoskop dla dorosłych – 2 szt. |  |
| 3.  | stetoskop dla dzieci – 1 szt. |  |
| 4.  | staza – 3 szt |  |
| 5.  | Otoskop – 1 szt.  |  |
| 6.  | Oftalmoskop – 1 szt. |  |
| 7.  | latarka diagnostyczna – 3 szt.  |  |
| 8.  | okulary ochronne wielokrotnego użytku- 3 szt..  |  |
| 9.  | Worek samorozprężalny dla dorosłych, 3 maski, akumulator tlenu, przewód tlenowy min. 1,5 m dziecko – 1 kpl.  |  |
| 10.  | Worek samorozprężalny dla dzieci, 3 maski, akumulator tlenu, przewód tlenowy min. 1,5 m dziecko, noworodek z maskami 3 szt. – 1 kpl.  |  |
| 11.  | Worek samorozprężalny dla noworodków, 3 maski, akumulator tlenu, przewód tlenowy min. 1,5 m – 1 kpl.  |  |
| 12.  | Zestaw tac wykonanych ze stali kwasoodpornych min. 3 szt.  |  |
| 13.  | Zestaw misek nerkowatych wielokrotnego użytku – 2 rozmiary  |  |
| 14.  | Zestaw rurek gudela 8 szt. w pudełku – 3 szt.  |  |
| 15.  | Kleszczyki typu Magilla min. 2 rozmiary – 1 kpl.  |  |
| 16.  | Ssak ręczny – 1 szt.  |  |
| 17.  | Nożyczki tzw. ratownicze – 3 szt.  |  |
| 18.  | Wózek brudownik 1 szt.  |  |
| 19.  | Wózek medyczny, 2 półki oraz 2 uchylne miski. Rama – metal Półki – stal kwasoodporna. Miski – tworzywo sztuczne. 4 kółka w tym 2 z blokadą. |  |
| 20.  | Parawan czteroskrzydłowy 1 szt.  |  |
| 21.  | Dozowniki do tlenoterapii 2 szt.  |  |
| 22.  | Termometry elektroniczne 2 szt.  |  |
| 23.  | Glukometr wraz z nakłuwaczami i paskami 3 szt.  |  |

**POZYCJA NR 5 - ZESTAW DROBNEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO DO SALI SYMULACJI Z ZAKRESU BLS** – 1 zestaw

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1.  | Wózek brudownik  |  |
| 2.  | Wózek medyczny, 2 półki oraz 2 uchylne miski. Rama – metal Półki – stal kwasoodporna. Miski – tworzywo sztuczne. 4 kółka w tym 2 z blokadą. |  |
| 3.  | Mankiet do szybkiej infuzji  |  |
| 4.  | Parawan czteroskrzydłowy  |  |
| 5.  | Dozowniki do tlenoterapii  |  |
| 6.  | Termometry elektroniczne  |  |
| 7.  | Prowadnica do trudnych intubacji  |  |
| 8.  | Laryngoskop dla dzieci i noworodków  |  |
| 9.  | Resuscytatory dla noworodka, dziecka i dorosłego (po 1 szt.) z kpl. masek (3 szt. do każdego)  |  |
| 10.  | Laryngoskop światłowodowy rozmiar: 1,2,3,4  |  |

 **POZYCJA NR 6 - ZESTAW DROBNEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO DO SALI ĆWICZEŃ UMIEJĘTNOŚCI TECHNICZNYCH** – 1 zestaw

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania** **TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1.  | Pulsoksymetr napalcowy |  |
| 2.  | Fałdomierz |  |
| 3.  | Ciśnieniomierz nadgarstkowy  |  |
| **4.**  | **Aparat do pomiaru kostka-ramię**  |  |
| **5.**  | **Urządzenie do pomiaru tkanki tłuszczowej**  |  |
| 6.  | Wanienka do dezynfekcji 1,3l  |  |
| 7.  | Spirometr  |  |
| 8.  | Miarka do pomiaru obwodu głowy niemowląt  |  |
| 9.  | Miary krawieckie (5 szt.)  |  |
| 10.  | Waga z funkcją pomiaru parametrów ciała  |  |
| 11.  | Glukometr |  |

............................... dnia .......................

.................................. dnia ...........................

 …....…………………….…………

 /Podpis Wykonawcy/

**ZADANIE NR 6 –** **UZUPEŁNIAJĄCY ZESTAW DROBNEGO SPRZETU MEDYCZNEGO**

**POZYCJA NR 1 - ZESTAW DROBNEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO UZUPEŁNIAJĄCY** – 1 zestaw

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymagań** | **Potwierdzenie spełniania****TAK/NIE OPISAĆ** |
| 1.
 | pikflometr do monitorowania astmy **– 3 sztuki** |  |
|  | taśma do pomiaru obwodów i długości ciała-**5 sztuk** |  |
|  | stadiometr – wzrostomierz**-1 sztuka** |  |
|  | infantometr do pomiaru długości dzieci-**1 sztuka** |  |
|  | orchidometr do pośredniego pomiaru objętości jąder - wykonany z tworzywa sztucznego**- 2 sztuki** |  |
|  | Antropometr – przyrząd do pomiarów ciała człowieka tj. wysokości, długości tułowia oraz długości kończyn, suwak Martina**-1 sztuka** |  |
|  | stetoskop dydaktyczny z dwoma lirami-**3 sztuki** |  |
|  | goniometr metalowy na palec mierzący zakres ruchomości stawów palca – mały - 3.5 cala- **2 sztuki** |  |
|  | tablica Snellena do bliży-**2 sztuki** |  |
|  | stroik laryngologiczny-**2 sztuki** |  |
|  | Dermatoskop-**1 sztuka** |  |
|  | dynamometr do oceny siły mięśniowej-**1 sztuka** |  |
|  | analizator cholesterolu z akcesoriami (paski, nakłuwacze) -**1 sztuka** |  |
|  | Taca zabiegowa **Dł. 27 x Szer. 22 x Gł. 3,5 cm**– tolerancja wymiarów w zakresie +/- 5%- **5 sztuk**  |  |
|  | uchwyt na basen - mocowany pod łóżkiem- **9 sztuk**  |  |
|  | taborety podłóżkowe szpitalne - **7 sztuk**  |  |
|  | Pulsoksymetr napalcowy – **3 sztuki** |  |
|  | Fałdomierz – **1 sztuka** |  |
|  | Latarka laryngologiczna – **2 sztuka** |  |
|  | Otoskop – **1 sztuka** |  |
|  | Oftalmoskop **– 1 sztuka** |  |
|  | Termometr do pomiaru ciepłoty ciała na podczerwień – **1 sztuka** |  |
|  | Termometr do kontaktowego pomiaru ciepłoty ciała – **1 sztuka** |  |
|  | Ciśnieniomierz oscylometryczny do automatycznego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi – **2 sztuki** |  |

.................................. dnia ...................................... …………………………………………….
 /Podpis Wykonawcy/

**ZADANIE NR 7 – MODELE ANATOMICZNE**

**POZYCJA NR 1** – **MODEL NEREK Z ORGANAMI NADBRZUSZA** – 1 szt.
**Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Model anatomiczny przedstawiający ludzkie nerki z tylnymi narządami górnej części brzucha. |  |
| 2. | Model rozkładany na części, usytuowany na podstawie. |  |
| 3. | Dwunastnica (częściowo odsłonięta). |  |
| 4. | Pęcherzyk żółciowy (częściowo odsłonięty). |  |
| 5. | Drogi żółciowe (odsłonięte). |  |
| 6. | Trzustka (odsłonięte duże kanały). |  |
| 7. | Śledziona wraz z otaczającymi naczyniami o naturalnych wymiarach. |  |
| 8. | modele narządów usytuowane w anatomicznych położeniach z możliwością demontażu. |  |
| 9. | Widoczność narządów takich jak: miedniczka nerkowa, kielichy nerkowe, kora nerkowa oraz rdzeń nerkowy. |  |
| 10. | Wymiary: 24 x 18 x 29 cm (tolerancja wymiarów +/- 5%) |  |

**POZYCJA NR 2** – **MODEL MIEDNICY ŻEŃSKIEJ W PRZEKROJU** – 1 szt.
**Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Model miednicy żeńskiej przedstawiony w przekroju środkowym (2 części). |  |
| 2. | Model obejmujący połowę narządów płciowych kobiety, w tym pęcherz oraz demontowalny odbyt. |  |
| 3. | Wymiary: 41 x 31 x 20 cm (tolerancja wymiarów +/- 5%). |  |

**POZYCJA NR 3** – **MODEL UKŁADU KRĄŻENIOWO-ODDECHOWEGO** – 1 szt.
**Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Model układu krążeniowo-oddechowego człowieka w naturalnych rozmiarach.  |  |
| 2. | Budowa modelu: płuca, tchawica, serce, przełyk i kompletna krtań ze strunami głosowymi. |  |
| 3. | Możliwość demontażu prawej połowy krtani, serca oraz połowy lewego płuca co uwidoczni rozwidlenie tchawicy, drzewa oskrzelowego, tętnic płucnych oraz żył, możliwość rozłożenia serca na pół w celu zaobserwowania 4 komór i zastawek. |  |
| 4. | Wymiary: 43 x 28 x 15 cm (tolerancja wymiarów +/- 5%). |  |

**POZYCJA NR 4** – **MODEL LUDZKIEGO UKŁADU POKARMOWEGO, SKŁADAJĄCY SIĘ Z 3 CZĘŚCI** – 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Naturalnej wielkości model układu pokarmowego człowieka przedstawiony w formie płaskorzeźby. |  |
| 2. | Dwunastnica, jelito ślepe (kątnica) i odbytnica układu pokarmowego otwarte.  |  |
| 3. | Możliwość usunięcia poprzecznej ściany jelita grubego i przednia ściana żołądka w celu szczegółowego ukazana wewnętrznej budowy narządów. |  |
| 4. | Wymiary: 81 x 33 x 10 cm (tolerancja wymiarów +/- 5%). |  |

**POZYCJA NR 5** – **MODEL PIERSI Z CHOROBAMI - PRZEKRÓJ POPRZECZNY**
 – 1 szt.
**Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Przekrój kobiecej piersi naturalnej wielkości z odwzorowanym chorobami: |  |
| 2. | stan przedrakowy, |  |
| 3. | IBC, |  |
| 4. | ILC, |  |
| 5. | IDC, |  |
| 6. | chorobę Pageta, |  |
| 7. | gruczolakowłókniaka, |  |
| 8. | guz rzekomy, |  |
| 9. | mastopatię, |  |
| 10. | cysty, |  |
| 11. | Przekrój normalnej anatomii piersi, a także innych struktur, np. warstwy mięśniowej, żeber. |  |
| 12. | Model znajduje się na zdejmowanej podstawie. |  |
| 13. | Wymiary: 10 x 16 x 8 cm (tolerancja wymiarów +/- 5%). |  |

**POZYCJA NR 6** – **ŚRODKOWY I CZOŁOWY PRZEKRÓJ GŁOWY** – 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Półpłaski model w postaci przekroju środkowego przytwierdzony do tablicy. |  |
| 2. | Półpłaski model w postaci przekroju czołowego głowy przytwierdzony do tablicy. |  |
| 3. | Możliwość zapoznania się z ważnymi strukturami anatomicznymi głowy w najdrobniejszych szczegółach.  |  |
| 4. | Ukazane struktury anatomiczne obejmują m.in. przekroje mózgu, rdzenia kręgowego i zatok. |  |
| 5.  | Wymiary: 41 x 31 x 5 cm (tolerancja wymiarów +/- 5%). |  |

**POZYCJA NR 7** – **MODEL PŁUC Z KRTANIĄ ( 5-CZĘŚCIOWY)** – 1szt.
**Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Model płuc wraz z krtanią składający się z 5 części. |  |
| 2. | Budowa modelu obejmuje następujące elementy: |  |
| 3. | krtań |  |
| 4. | tchawica z oskrzelami |  |
| 5. | 2-częściowe serce (demontowalne) |  |
| 6. | żyła główna |  |
| 7. | aorta |  |
| 8. | tętnica płucna |  |
| 9. | przełyk |  |
| 10. | 2-częściowe płuco (przednie części są demontowalne) |  |
| 11. | Model zamontowany na podstawie |  |
| 12. | Wymiary: 37 x 28 x 12 cm (tolerancja wymiarów +/- 5%). |  |

 **POZYCJA NR 8** **– POMNIEJSZONY MODEL LUDZKIEGO UKŁADU NERWOWEGO** – 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Model ludzkiego układu nerwowego dwukrotnie pomniejszony. |  |
| 2. | Ukazujący schematyczny przebieg centralnego i obwodowego układu nerwowego. |  |
| 3. | Model umieszczony na podstawie. |  |
| 4. | Wymiary: 80 x 33 x 6 cm (tolerancja wymiarów +/- 5%). |  |

**POZYCJA NR 9** – **14-KROTNIE POWIĘKSZONY MODEL TĘTNICY ORAZ ŻYŁ**– 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Model przedstawiający w 14-krotnym powiększeniu średniej wielkości tętnicę mięśniową z dwiema przylegającymi żyłami z obszaru przedramiennego wraz z sąsiadującymi mięśniami i tkanką tłuszczową.  |  |
| 2. | Model układu krążenia ilustrujący wzajemną zależność anatomiczną tętnic i żył oraz podstawowe funkcje zastawek żylnych.  |  |
| 3. | Lewa żyła i tętnica środkowa posiadające wycięte otwory w górnej, przedniej części, odsłaniające warstwy ścian w przekroju poprzecznym, podłużnym i w widoku z góry |  |
| 4. | Prawa żyła otwarta w całej części przedniej, ukazująca ujście żyły łączącej oraz dwie zastawki żylne czyli “zastawki klapowe” uformowane przez warstwę wewnętrzną ściany naczynia.  |  |
| 5. | Na tylnej części modelu pokazany profil dwóch żył, aby zilustrować funkcjonalny aspekt zastawek żylnych.  |  |
| 6. | Wymiary: 26 x 19 x 18.5 cm (tolerancja wymiarów +/- 5%). |  |

**POZYCJA NR 10** – **MODEL UKŁADU KRWIONOŚNEGO - W WYMIARZE 1: 2 W TYM WĄTROBA, ŚLEDZIONA, NERKI** – 1 szt.
**Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Model człowieka w skali 1:2 z zaznaczonym układem krwionośnym stanowiący kolorową i anatomicznie dokładną pomoc dydaktyczną w zakresie jego budowy. |  |
| 2. | Model przedstawia następujące elementy: |  |
| 3. | tętnice, |  |
| 4. | żyły, |  |
| 5. | naczynia kapilarne, |  |
| 6. | serce, |  |
| 7. | płuca, |  |
| 8. | wątrobę, |  |
| 9. | śledzionę, |  |
| 10. | nerki, |  |
| 11. | elementy szkieletu. |  |
| 12. | Wymiary: 80 x 30 x 6 cm (tolerancja wymiarów +/- 5%). |  |

 **POZYCJA NR 11** – **MODEL ANATOMICZNY NOSA Z ZATOKAMI PRZYNOSOWYMI (5 ELEMENTÓW)** – 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Model anatomiczny przedstawiający nos człowieka w 1,5-krotnym powiększeniu, z zatokami przynosowymi ukazanymi w prawej górnej połowie twarzy. |  |
| 2. | Model złożony z 5 demontowalnych elementów. |  |
| 3. | Z zewnątrz nosa widoczne struktury - oznaczone są różnymi kolorami: zewnętrzne chrząstki nosa, jama nosowa oraz zatoki (czołowa, szczękowa i sitowa) otwarta zatoka szczękowa (widoczna po zdjęciu łuku jarzmowego). |  |
| 4. | W środkowej części widoczna jest jama nosowa pokryta błoną śluzową z małżowiną nosową, tętnice błony śluzowej, nerwy węchowe, unerwienie ściany bocznej jamy nosowej, małżowinę nosową oraz podniebienie. |  |
| 5. | Zdejmowalna przezroczysta pokrywa imitująca skórę. |  |
| 6. | Wymiary: 26 x 19 x 24 cm (tolerancja wymiarów +/- 5%). |  |

.................................. dnia ...................................... ……………………………………………
 /Podpis Wykonawcy/

**ZADANIE NR 8 – SPRZĘT DO DIAGNOZY DOJRZAŁOŚCI NEUROMOTORYCZNEJ I RÓWNOWAGI (SENSOMOTORYKA)** – 1 szt.
**Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Przenośna platforma z antypoślizgową powierzchnią o dopuszczalnym obciążeniu do 120 kg, |  |
| 2. | Program komputerowy umożliwiający gromadzenie danych diagnostycznych, kalibrację platformy, diagnozę równowagi w co najmniej czterech warunkach (oczy otwarte, oczy zamknięte z/i bez poduszki destabilizacyjnej oraz prowadzenie treningu równowagi, |  |
| 3. | Rama podporowa (składana). |  |

.................................. dnia ...................................... ……………………………………………
 /Podpis Wykonawcy/

**ZADANIE NR 9 – SPRZĘT DO DIAGNOZY WZROKU I SŁUCHU**

**POZYCJA NR 1 - ZESTAW OPTOMETRYCZNYCH PRZYRZĄDÓW DIAGNOSTYCZNYCH** – 3 szt.
**Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Maddox skrzydło - 1 szt. |  |
| 2. | Test Matsubary - 1 szt. |  |
| 3. | Test Mucha /LEA plus okulary polaryzacyjne - 1 szt. |  |
| 4. | Test widzenia przestrzennego TNO - 1 szt. |  |
| 5. | Worth test do bliży ("latarka") plus okulary Red/Green - 1 szt. |  |
| 6. | Tablica Snellena dal 20/200 - 1 szt. |  |
| 7. | Okulary pryzmatyczne (pryzmaty sensoryczne) 20 pdptr - 1 szt. |  |

**POZYCJA NR 2 - SCREENINGOWY AUDIOMETR TONALNY Z TESTAMI CENTRALNYMI** - 2 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Audiometr z modułem diagnozy słuchu obwodowego (wykonanie audiogramu w zakresach 125Hz, 250Hz, 500Hz, 750Hz, 1,5kHz, 2kHz, 3kHz, 4kHz, 6kHz, 8kHz)  |  |
| 2. | Audiometr z modułem diagnozy centralnego przetwarzania słuchowego (test sekwencji długości dźwięków i test sekwencji wysokości dźwięków) |  |
| 3. | Testy powinny być opracowane na podstawie badań diagnostycznych na populacji polskich dzieci. |  |

.................................. dnia ...................................... ……………………………………………
 /Podpis Wykonawcy/

**ZADANIE NR 10 – SPRZĘT SŁUŻĄCY DIAGNOZIE RYZYKA DYSLEKSJI**

**POZYCJA NR 1 - KOMPLETNY ZESTAW ZAWIERAJĄCY MODUŁ UMOŻLIWIAJĄCY PRZEPROWADZENIE SCREENINGOWEJ DIAGNOZY I KOMPLEKSOWEGO TRENINGU METODĄ WARNKEGO** – 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Urządzenie do diagnozy i treningu słuchowego oraz treningu lateralizacji /koordynacji półkul mózgowych (z nieograniczoną licencją treningową (do treningu lateralnego), |  |
| 2. | Wbudowany ekran z menu obsługi i możliwością zapisu danych, |  |
| 3. | Akcesoria (okulary do treningu lateralnego, 2 sztuki słuchawek z mikrofonem, test treningu selektywności percepcji słuchowej) i walizka na sprzęt. |  |
| 4. | Oprogramowanie z licencja na czas nieokreślony umożliwiające diagnozę i trening automatyzacji przetwarzania spostrzeżeń w obszarze wzroku i słuchu. |  |

**POZYCJA NR 2 – PRZENOŚNE URZĄDZENIE USPRAWNIAJĄCE FUNKCJE CENTRALNEGO PRZETWARZANIA** – 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Urządzenie do treningów słuchowych  |  |
| 2. | W zestawie osiem treningów (o różnym stopniu trudności) usprawniających funkcje centralnego przetwarzania informacji słuchowych, wzrokowych i motorycznych.  |  |
| 3. | W zestawie słuchawki (z certyfikatem medycznym) |  |

 **POZYCJA NR 3 – PRZENOŚNE URZĄDZENIE USPRAWNIAJĄCE FUNKCJE CENTRALNEGO PRZETWARZANIA W WOLNIEJSZYM TEMPIE** – 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Urządzenie do treningów słuchowych,  |  |
| 2. | W zestawie słuchawki (z certyfikatem medycznym),  |  |
| 3. | W zestawie osiem treningów (o różnym stopniu trudności) usprawniających funkcje centralnego przetwarzania informacji słuchowych, wzrokowych i motorycznych, |  |
| 4. | Urządzenie przeznaczone dla osób o wolniejszym tempie pracy. |  |

 **POZYCJA NR 4 – PRZENOŚNE URZĄDZENIE USPRAWNIAJĄCE FUNKCJE CENTRALNEGO PRZETWARZANIA Z DŹWIĘKAMI ZAKŁÓCAJĄCYMI** – 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Urządzenie do treningów słuchowych ze słuchawkami (z certyfikatem medycznym)  |  |
| 2. | W zestawie osiem treningów (o różnym stopniu trudności) usprawniających funkcje centralnego przetwarzania informacji słuchowych, wzrokowych i motorycznych. |  |
| 3. | Urządzenie z dodatkową funkcją umożliwiającą włączenie do każdego treningu dźwięków zakłócających (szumy i głosy o różnym natężeniu głośności). |  |

 **POZYCJA NR 5 - DRĄŻEK DO BALANSOWANIA** - 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Rurka (o przekroju 20mm) z tworzywa z dołączonymi kolorowymi znacznikami do testowania i usprawniania koordynacji oko-ręka i ćwiczeń równowagi. |  |

 **POZYCJA NR 6 - WSKAŹNIK FIKSACJI OKA -** 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Metalowy drążek zakończony kulką do testowania spostrzegania dynamicznego i treningu wodzenia wzrokiem. |  |

**POZYCJA NR 7 - TEST WIDZENIA STEREOSKOPOWEGO** - 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Przyrząd do przeprowadzenia testu weryfikującego umiejętności widzenia przestrzennego w polu bliskim (płytka z ciemnymi kropkami, które tworzą figury). |  |

 **POZYCJA NR 8 - TEST PRZESIEWOWY Z KRZYŻYKIEM** - 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Zestaw do badania fuzji i widzenia obuocznego, |  |
| 2. | Lampa z krzyżykiem do testu polaryzacji, |  |
| 3. | Okulary polaryzacyjne. |  |

**POZYCJA NR 9 - TEST PRZESIEWOWY PLAMKOWY WIDZENIA BINOKULARNEGO (WIDZENIE W POLU DALEKIM) -** 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Zestaw do diagnozy problemów z widzeniem (test przesiewowy, plamkowy, widzenia w polu dalekim), |  |
| 2. | Podświetlana tablica z figurami, |  |
| 3. | Dwukolorowe okulary. |  |

 **POZYCJA NR 10 – TEST SELEKTYWNOŚCI PERCEPCJI SŁUCHOWEJ** - 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Nagranie (na płycie CD lub pendrivie) wykonane w warunkach akustycznych normalnego pomieszczenia klasowego z zakłóceniami (wykorzystujące pseudosłowa) do diagnozowania automatyzacji funkcji słuchowych związanych z rozróżnianiem głosek o podobnym brzmieniu (głosek zwarto-wybuchowych). |  |

**POZYCJA NR 11 – PROGRAM DO TRENINGU SELEKTYWNOŚCI PERCEPCJI SŁUCHOWEJ** - 1 szt. **Producent i model urządzenia ……………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Opis wymagań | Potwierdzenie spełnianiaTAK/NIE (OPISAĆ) |
| 1. | Program do treningu selektywności percepcji słuchowej (sprawdzający również umiejętność różnicowania spółgłosek w połączeniu z testem czasu reakcji) z możliwością wykonywania treningu z odtwarzanymi w tle dźwiękami zakłócającymi od 30 do -3 dB. |  |

.................................. dnia ...................................... ……………………………………………
 /Podpis Wykonawcy/