**PCZ/II-ZP/03/2019 Załącznik nr 3.2 do SIWZ**

**ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**RESPIRATOR - Pakiet 2**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ………………………………………………………………………………

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………….

Rok produkcji (nie starszy niż 2018r.) podać: ….…………………………………………...

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu****PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności / Certyfikat Zgodności(podać nr) | TAK |  |
|  | **ZESTAW „RESPIRATOR TRANSPORTOWY”** | TAK |  |
|  | Respirator transportowy z modułem wentylacji i inhalacji z przewodem pacjenta przystosowanym do sterylizacji w autoklawie | TAK |  |
|  | Zawór pacjenta przystosowany do sterylizacji w autoklawie | TAK |  |
|  | Rama (obudowa) zabezpieczająca posiadająca miejsce na butlę tlenową i reduktor, respirator, moduł inhalacji i akcesoria. Obudowa zawierająca uchwyty do powieszenia na ramie noszy lub łóżka oraz uchwyt stacjonarny do powieszenia na ścianie | TAK |  |
|  | Zastawka PEEP 5-20 cm H2O do worka samorozprężalnego | TAK |  |
|  | Przewód ciśnieniowy długości co najmniej 2 metry z szybko złączkami umożliwiający podłączenie respiratora do stacjonarnego ściennego źródła tlenu | TAK |  |
|  | Płyta ścienna mocująca | TAK |  |
|  | Butla tlenowa 2 l z reduktorem z manometrem | TAK |  |
|  | **RESPIRATOR**  | TAK |  |
|  | moduł inhalacji w zestawie przenośnym | TAK |  |
|  | Tryb wentylacji kontrolowanej IPPV i wspomaganej SIMV | TAK |  |
|  | wentylacja 100% tlenem | TAK |  |
|  | wentylacja powietrzem atmosferycznym zmieszanej z tlenem (tzw. mix tlenowy) | TAK |  |
|  | płynna regulacja ciśnienia szczytowego w drogach oddechowych w zakresie 20 – 60 mbar | TAK |  |
|  | niezależna regulacja częstotliwości oddechowej w zakresie 5-40 oddechów/min | TAK |  |
|  | niezależna regulacja objętości oddechowejw zakresie 3-20 l/min. | TAK |  |
|  | zawór pacjenta z miejscem na zastawkę PEEP regulowaną w zakresie 0-20 cmH2O | TAK |  |
|  | optyczne i dźwiękowe alarmy bezpieczeństwa: niskiego i wysokiego ciśnienia wentylacji; niskiego ciśnienia w układzie zasilania; rozładowania baterii | TAK |  |
|  | **MODUŁ INHALACJI**  | TAK |  |
|  | regulacja przepływu tlenu w zakresie od 0-15 l/min | TAK |  |
|  | możliwość podłączenia maski do tlenoterapii lub wąsów tlenowych | TAK |  |
|  | funkcja płynnego przełączania źródła zasilania tlenem (butla wewnętrzna/instalacja centralna) | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone w cenę** | PODAĆ |  |

**UWAGI:**

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy