**PCZ/II-ZP/07/2019 Załącznik nr 2.1**

**do zapytania ofertowego**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**APARAT DO PODGRZEWANIA PŁYNÓW INFUZYJNYCH - Pakiet 1**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ……………………………………………………………………………………………………..

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

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

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

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawie realizacji zamówienia: ……………………………………..

……………………………………………………………………tel. …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |
|  | regulacja temperatury podgrzewania w zakresie 37 – 41 st. C co 0,5 st. C | TAK |  |
|  | możliwość podgrzewania preparatów krwi i płynów infuzyjnych | TAK |  |
|  | alarmy wysokiej i niskiej temperatury | TAK |  |
|  | automatyczne autotesty urządzenia | TAK |  |
|  | uchwyt umożliwiający zamontowanie na stojaku do kroplówek i standardowej szynie medycznej | TAK |  |
|  | niezbędne oprzyrządowanie dodatkowe (np. dreny typu luer-lock) | TAK |  |
|  | czytelny wyświetlacz | TAK |  |
|  | możliwość obsługi urządzenia w rękawiczkach lateksowych (tryb „rękawiczki”) | TAK |  |
|  | w zestawie mankiet utrzymujący temperaturę ogrzanego płynu na drodze od urządzenia do pacjenta | TAK |  |
|  | możliwość jednoczesnego ogrzewania wielu infuzji | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny  i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Gwarancja zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | TAK |  |
|  | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń | TAK |  |
|  | Opisy, katalogi, foldery, prospekty, informacje producenta, zawierające opisy oferowanego przedmiotu zamówienia, potwierdzające spełnianie wszystkich parametrów technicznych zawartych w Załączniku nr od 2.1 do 2.4 do zapytania ofertowego. Dokumenty sporządzone  w języku obcym, muszą być złożone wraz z tłumaczeniem na język polski - załączyć do oferty | TAK |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie oferowanego sprzętu do obrotu zgodnie z wymogami ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2017r poz. 211). tj.: deklaracja zgodności wytwórcy, certyfikat jednostki notyfikowanej (dotyczy klas wyrobów medycznych określonych w art.29 ust. 5 ustawy o wyrobach medycznych) – kopie załączyć do oferty | 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 w/w przedmioty zamówienia funkcjonują prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy