**PCZ/II-ZP/07/2019 Załącznik nr 2.2**

 **do zapytania ofertowego**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**PULSOKSYMETR - Pakiet 2**

**Uwaga**

Zamawiający wymaga dostawy 3 sztuk jednakowych, takich samych pulsoksymetrów.

**Ilość: 3 sztuki**

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 |  |
|  | Przenośny, ręczny pulsoksymetr do pomiaru saturacji krwi (SpO2) i pulsu | TAK |  |
|  | **Cechy główne** |  |  |
|  | Wyświetlanie wartości SpO2 | TAK |  |
|  | Wyświetlanie tętna wraz z wykresem słupkowym | TAK |  |
|  | Wyświetlanie wykresu tętna (prezentacja fali pletyzmograficznej) | TAK |  |
|  | Wskaźnik niskiego napięcia | TAK |  |
|  | Regulowana jasność ekranu | TAK |  |
|  | Wskaźnik dźwiękowy tętna | TAK |  |
|  | Funkcja alarmu | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia zewnętrznego czujnika oksymetru | TAK |  |
|  | DANE TECHNICZNE: |  |  |
|  | Pomiar SpO2 - Zakres pomiaru: 0%~100%, (Dokładność: dla pomiaru SpO2 w zakresie od 70% do 100%, dozwolony błąd absolutny wynosi 2%) | TAK |  |
|  | Pomiar tętna - Zakres pomiaru: od 30 bpm do 250 uderzeń na minutę (bpm) - Dokładność: 2 bpm lub 2% (większa z tych wartości)  | TAK |  |
|  |  Rozdzielczość SpO2: 1%, tętno: 1bpm | TAK |  |
|  | Dokładność pomiarów przy niskim współczynniku perfuzji | TAK |  |
|  | Odporność na światło otoczenia | TAK |  |
|  | Wymagane zasilanie: 2 baterie AA | TAK |  |
|  |  Czujnik optyczny Światło czerwone i/lub Podczerwień  | TAK |  |
|  | Regulowany zakres alarmu SpO2: od 0% do 100% Tętno: od 0 bpm do 250 bpm |  |  |
|  | wskaźnik naładowania baterii, granic alarmów | TAK |  |
|  | alarmy audio-wizualne tętna i SpO2 | TAK |  |
|  | możliwość monitoringu dorosłych dzieci i niemowląt | 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