**PCZ/II-ZP/07/2019 Załącznik nr 2.3**

**do zapytania ofertowego**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**ZESTAW DO TRUDNEJ INTUBACJI - Pakiet 3**

**Ilość: 1 zestaw**

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 |  |
|  | Wymagane zasilanie: Baterie 3 x AAA alkaliczne | TAK |  |
|  | Czas pracy na baterii > 90 min. | TAK |  |
|  | Wskaźnik świetlny informujący o konieczności wymiany baterii | TAK |  |
|  | System zarządzania energią - automatyczny wyłącznik i automatyczny balans bieli | TAK |  |
|  | Wyjście wideo, złącze RCA do podłączenia kabla wideo | TAK |  |
|  | Rozdzielczość wideo 320 x 240 (QVGA) | TAK |  |
|  | Technologia ekranu TFT - LCD | TAK |  |
|  | Przekątna ekranu 6.1 cm / 2.4” | TAK |  |
|  | Materiał Poliwęglan / ABS przeciwodblaskowa powłoka na ekranie wyświetlacza | TAK |  |
|  | Rozdzielczość kamery 640 x 480 VGA | TAK |  |
|  | Źródło światła Biała dioda LED | TAK |  |
|  | Kamera CMOS | TAK |  |
|  | Wyposażony w łyżki czyste mikrobiologicznie, odporny na wstrząsy, łatwy w czyszczeniu , nadający się do mycia i dezynfekcji za pomocą wilgotnych ściereczek dezynfekcyjnych | TAK |  |
|  | Łyżki czyste mikrobiologicznie jednorazowego użytku przeznaczone do trudnych i bardzo trudnych intubacji o rozmiarach dla dorosłych (3,4) | 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