**PAKIET 8**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **APARAT DO PRESOTERAPII I SEKWENCYJNEGO MASAŻU LIMFATYCZNEGO 1 sztuka** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP. | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | **WYMAGANIA TAK/ NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Regulowane ciśnienie w komorach mankietu od 20 do 140 mmHg, elektroniczna regulacja i stały pomiar ciśnienia | TAK-podać nazwę handlową, model oraz producenta |  |
|  | Obsługiwana liczba komór: 12 w pojedynczym mankiecie, 24 w spodniach lub kurtce uciskowej | TAK |  |
|  | Niezależna regulacja ciśnienia, tempa masażu oraz korekcja ciśnienia dla każdej komory w każdym algorytmie osobno | TAK |  |
|  | Awaryjne, jednoczesne odsysanie ze wszystkich komór mankietu uciskowego | TAK |  |
|  | Piętnaście algorytmów zabiegowych i regulacja wszystkich parametrów masażu | TAK |  |
|  | Wydajność pompy min. 28 l / min. standardowy czas dopompowania komory około 3 s. | TAK |  |
|  | Czytelny panel sterowania i intuicyjna obsługa aparatu | TAK |  |
|  | Ekran „podpowiadający” każdy etap programowania parametrów zabiegu | TAK |  |
|  | Pomiar czasu pozostałego do zakończenia zabiegu | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w 2 mankiety 12-komorowe na kończynę górną oraz 2 mankiety 12-komorowe na kończynę dolna | TAK |  |
|  | Certyfikacja: EN 60601-1 -wyrób medyczny | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POZOSTAŁE WYMOGI ;** | | | |
|  | Czas reakcji od przyjęcia zgłoszenia – podjęta naprawa nie dłużej jak: - 24 h (dni pracujące) dla zgłoszenia w czasie trwania gwarancji; - 48 h (dni pracujące) dla zgłoszenia pogwarancyjnego. | TAK |  |
| 2. | Wliczone w cenę przeglądy (min. 1 x w roku chyba, że producent urządzeń lub/i ich podzespołów lub/i elementów wymaga częstszych niż 1 x w roku przeglądów - wówczas ilość tych przeglądów winna być zgodna z wytycznymi producenta) w okresie gwarancji łącznie z wliczoną w cenę wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymaganiami producenta) na koszt dostawcy; dotyczy również akumulatorów | TAK |  |
| 3. | Dostępność części zamiennych po okresie gwarancji oraz serwisku pogwarancyjnego min. 8 lat | TAK |  |
| 4. | Wymagany wypełniony paszport techniczny | TAK |  |
| 5. | Szkolenie z obsługi aparatu/urządzenia w, tym sposobu mycia i dezynfekcji, dla personelu medycznego oraz technicznego wskazanego przez Zamawiającego (wliczone w cenę w ramach umowy), ilość osób do przeszkolenia określa Zamawiający | TAK |  |
| 6. | Dostawa, montaż i uruchomienie w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu funkcjonowania urządzenia i w obecności osoby/osób wyznaczonych przez Zamawiającego | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7. | Instrukcje obsługi, w tym sposobu mycia i dezynfekcji, w języku polskim | TAK |  |
| **8.** | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK |  |
| 9. | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. Potwierdzenia w ten sposób wymagają również wszystkie wymagane opcje oraz możliwości rozbudowy sprzętu. | TAK |  |
| 10. | Na żądanie Zamawiającego ( wezwanie ) na każdym etapie postępowania Oferent wyraża zgodę na dostarczenie próbek i ich prezentację w szpitalu w zakresie wszystkich oferowanych wyrobów. ( każdej pozycji z powyższego zestawienia) | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 11. | Wszystkie oferowane w ramach zestawu produkty pochodzą od jednego producenta tworząc w pełni kompatybilny zestaw | TAK |  |
| 12. | Okres gwarancji min.24 m-cy ; obejmuje wszystkie elementy wielorazowego użytku wchodzące w skład zestawu. | TAK |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

……………………………….. ……………………………..

data podpis