**Załącznik nr 2 a do SWZ**

|  |
| --- |
| Dotyczy postępowania: Dostawa systemu zarządzania płynnymi odpadami medycznymi z wyposażeniem na potrzeby ZBO – 1 zestaw, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.92.2023 |

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**System zarządzania płynnymi odpadami medycznymi z wyposażeniem na potrzeby Zintegrowanego Bloku Operacyjnego – 1 zestaw.**

**Wykonawca: ……………………………………………**

**Nazwa i typ: ……………………………………………**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nierekondycjonowany,   
nie powystawowy / 2023r**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETRY OFEROWANE/  NR STRONY W MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH DOŁĄCZONYCH DO OFERTY** |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| **I** | **Urządzenie do usuwania płynnych odpadów medycznych– 2 kpl.** | **TAK, podać** |  |
|  | Urzdzenie pracujce w obiegu zamkniętym- brak kontaktu personelu z potencjalnie zakaźnymi płynami |  |  |
|  | Regulacja siły ssania od 10 do 70 kPa (±10kPa) | TAK, podać |  |
|  | Pojemność zbiorników na płyn min.: 20L + 4L | TAK, podać |  |
|  | Mechanizm pomiaru objętości zbiornika | TAK, podać |  |
|  | Mechanizm czyszczenia zbiornika | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w monitor  - rozdzielczość min. 800x 480  - przekątna min. 7”  - zakres obrotu - 360° | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w panel sterowania  - matryca dotykowa  - rozdzielczość min. 800x480  - przekątna min. 8,4” | TAK, podać |  |
|  | Bezprzewodowa komunikacja ze stacją dokującą | TAK, podać |  |
|  | Poziom hałasu max do 49 dBA | TAK, podać |  |
|  | Udźwig wieszaka do kroplówek (wieszak 4-ro ramienny):  - min. 12 kg na wieszak | TAK, podać |  |
|  | Waga pustego urządzenia max 135 kg | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: 230 V, 50 Hz | TAK, podać |  |
|  | Wymiary urządzenia:  - szerokość max. 50 cm  - długość max. 60 cm | TAK, podać |  |
| **II** | **Stacja dokująca 1 szt.** |  |  |
|  | Możliwość zasilania wózka urządzenia do usuwania płynnych odpadów medycznych ze stacji dokującej w trakcie zaparkowania | TAK, podać |  |
|  | Zakres ciśnienia roboczego: od 345 kPa do 827 kPa (± 10 kPa) | TAK, podać |  |
|  | zasilanie wodą użytkową złącze max – ¾” | TAK, podać |  |
|  | długość węża zasilającego min. 1,8 m wąż w oplocie  długość węża odpływowego min. 1,8 m | TAK, podać |  |
|  | Wydajność pompy odprowadzającej min. 23 l/min | Tak, podać |  |
|  | Komunikacja z urzdzeniami do usuwania płynnych odpadów medycznych - bezprzewodowa | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie: 230 V, 50 Hz | Tak, podać |  |
|  | Wymiary | podać |  |
| **III** | **Akcesoria zużywalne – zabezpieczenie na okres 12 miesięcy eksploatacji sprzętu** |  |  |
|  | * Łącznik pacjenta – 300 szt. * Filtr powietrza HEPA – 4 szt. * Detergent do stacji dokującej – 57L * Mata ssąca – 120 szt. | Tak, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| 2 | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE[[1]](#footnote-1)  Podać jeśli zalecane |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

1. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-1)