***Załącznik Nr 7 do Umowy***

**Specyfikacja, dotycząca urządzenia tymczasowego na okres zamknięcia Pracowni Naczyniowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poz. nr | Nazwa | Ilość |
| 1 | Mobilny aparat RTG ramię C | 1 |

**Opis minimum wymogów jakie musi spełniać aparat zastępczy:**

1. posiada wymagane świadectwa i certyfikaty oraz oznakowanie przewidziane zapisami Ustawy o Wyrobach Medycznych świadczące o wymaganym dopuszczeniu do stosowania i obrotu na terenie Polski tj. certyfikat CE i deklarację zgodności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych.
2. ma aktualny przegląd techniczny i jest dopuszczony do eksploatacji
3. jest przystosowany do pracy w środowisku sali zabiegowej i bloku operacyjnego
4. posiada pełne oprogramowanie oraz specjalistyczne funkcje niezbędne do wykonywania zabiegów w dziedzinie chirurgii naczyniowej w tym przede wszystkim obwodowej chirurgii naczyniowej
5. umożliwi realizację, w pełnym zakresie, świadczeń medycznych m. in.:
* wszczepianie stent-graftu aorty brzusznej
* wszczepianie stent-graftu aorty piersiowej
* stentowanie tętnic szyjnych
* stentowanie tętnic kończyn dolnych

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

 *uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*