Załącznik nr 2 SWZ po modyfikacji

Pakiet 4 - Urządzenie do ogrzewania pacjentów – 11 szt.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

 **UWAGA:**

\*Kolumnę Parametr oferowany należy wypełnić

W przypadku niezgodności parametrów wymaganych do oferowanych a dopuszczonych odpowiedziami na pytania zawartymi we wnioskach o wyjaśnienie SWZ, należy podać oferowany parametr wraz z numerem odpowiedzi dopuszczającej.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość zażądania potwierdzenia wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę danych we wszystkich dostępnych źródłach w tym u producenta.

Wymogi techniczne i użytkowe stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z n/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |   |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |   |
| 3 | Producent | Podać |   |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |   |
| 5 | Rok produkcji 2022/2023, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |   |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2022 poz. 974) oraz dyrektywami Unii Europejskiej  | TAK |   |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem lub równoważna | Tak |   |
| 8 |  Ochrona przed wilgocią lub równoważna | IP22 lub równoważna |   |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Aparat do terapii grzewczej | Tak |  |
| 2 | Zasilanie 220-240 V,  50-60 Hz 7.2 A. | Tak |  |
| 3 | Regulacja temperatury sterowana elektronicznie z zastosowaniem czujnika termoelektrycznego | Tak |  |
| 4 | Urządzenie oferuje wybór jednego z 2 trybów pracy wentylatora oraz 4 zakresy temperatury | Tak |  |
| 5 | Ergonomiczny kształt i niewielkie rozmiary pozwalają na umieszczenie urządzenia np. pod stołem operacyjnym. | Tak |  |
| 6 | Temperatury efektywne:- Wysoka: 43° C +/- 1,5° C,- Średnia: 38° C +/- 1,5° C,- Niska: 32° C +/- 1,5° C, | Tak, podać |  |
| 7 | wys. 33 cm x szer. 35 cm x gł. 33 cm ±2% | Tak, podać |  |
| 8 | Waga 7,2 kg ±2% | Tak, podać |  |
| 9 | Dodatkowy czujnik temperatury w zakończeniu węża urządzenia | Tak |  |
| 10 | Wyświetlacz i panel sterujący zapewniają prostą obsługę | Tak |  |
|  11 | Dokładna kontrola temperatury grzania, niezależny system kontroli oraz alarmowy zapewniają efektywność i bezpieczeństwo ogrzewania pacjentów | Tak |   |
| 12 | Pomiar i wyświetlanie aktualnego czasu ogrzewania w określonej temperaturze, czasu pracy, temperatury grzania, kodów błędów | Tak |  |
| 13 | Trzy czujniki temperatury oraz możliwość zastosowania dwóch różnych szybkości przepływu powietrza zapewniają szybką i bezpieczną regulację temperatury ciała pacjenta. | Tak |  |
| 14 | Szybkość przepływu powietrza: - Szybki przepływ powietrza / hałas: 37 CFM (17.5 L/s) 53 dBA- Wolny przepływ powietrza / hałas: 32 CFM (15.1 L/s) 48 dBA | Tak |  |
| 15 | Urządzenia kompatybilne z posiadanymi przez użytkownika wielodostępowymi kołdrami grzewczymi 3M™ Bair Hugger™ | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) Wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia lub kontraktu serwisowego. | Tak, podać  |   |
| 2 | Czas podjęcia naprawy przez serwis min 24h od momentu zgłoszenia | Tak, podać  |  |
| 3 | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od daty dostawy i instalacji systemu w siedzibie użytkownika. | Tak, podać  |   |
| 4 | Instrukcja w języku polskim, w formie wydrukowanej i wersji elektronicznej na płycie CD lub PenDrive.*Dostarczyć wraz z dostawa przedmiotu zamówienia.* | Tak |   |
| 5 | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji. | Tak |   |
| 6 | Bezpłatne szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego. | Tak |   |
| 7 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy tego samego modułu) | Tak |  |
| 8 | Serwis na terenie Polski | Tak |  |
| 9 | Paszport techniczny  | Tak  |  |

....................................................................................

 Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy