**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (PAKIET NR 3) ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SIWZ**

**Pulsoksymetr stacjonarno-transportowy (5 sztuk)**

**Blok Operacyjny przy ulicy Władysława Truchana 7**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Pulsoksymetr stacjonarno-transportowy (urządzenie przenośne).**  **Ilość: 5 sztuk.**  Wyposażenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r., gotowe do użytkowania bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
| **PARAMETRY POMIARÓW FUNKCJONALNYCH (NIEINWAZYJNE I CIĄGŁE)** | | | |
| Parametry funkcjonalne: **SATURACJA (SpO2)** | | | |
|  | Zakres pomiaru 0-100% | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Saturacja 70-100% (Bez ruchu) Dokładność (Dorośli/ Niemowlęta/ Dzieci) **(+/- 2%)** | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Saturacja 70-100% (Bez ruchu) Dokładność (Noworodki) **(+/- 3%)** | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Saturacja 70-100% (W ruchu) Dokładność (Dorośli/ Niemowlęta/ Dzieci/ Noworodki) **(+/- 3%)** | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Saturacja 70-100% (Niska perfuzja) Dokładność (Dorośli/ Niemowlęta/ Dzieci/ Noworodki) **(+/- 3%)** | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Saturacja 60-80% (Bez ruchu) Dokładność (Dorośli/ Niemowlęta/ Dzieci) **(+/- 3%)** | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
| Parametry funkcjonalne: **CZĘSTOŚĆ TĘTNA** | | | |
|  | Zakres pomiaru 25-240 bpm (Bez ruchu) Dokładność (Dorośli/ Niemowlęta/ Dzieci/Noworodki **(+/- 3 bpm)** | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Zakres pomiaru 25-240 bpm (W ruchu) Dokładność (Dorośli/ Niemowlęta/ Dzieci/Noworodki **(+/- 5 bpm)** | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Zakres pomiaru 25-240 bpm (Niska perfuzja) Dokładność (Dorośli/ Niemowlęta/ Dzieci/Noworodki **(+/- 3 bpm)** | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
| **ROZDZIELCZOŚĆ** | | | |
|  | Saturacja tlenu (% SpO2) 1% | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Częstość tętna (bpm) 1 bpm | TAK | TAK/NIE\* |
| **AKUMULATOR** | | | |
|  | **Typ**: Polimer Litowy | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Pojemność **co najmniej** 4 godziny (dotyczy przybliżonego czasu działania przy najniższej jasności i po pełnym naładowaniu baterii). | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Czas ładowania 3 godziny **(+/- 30 min.)** | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
| **TRENDY** | | | |
|  | Urządzenia zapewni **(co najmniej)** 96 godzin trendów z rozdzielczością **2 s** dla wszystkich pomiarów z możliwością wydrukowania lub przesłania do innego urządzenia szeregowego. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
| **UŚREDNIANIE** | | | |
|  | Tryb uśredniania **(co najmniej)**: 2,4,8,10,12,14 lub 16 sekund. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Czułość (w trzech trybach): adaptacyjne wykrywanie odłączenia czujnika, normalna, maksymalna. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
| **ALARM** | | | |
|  | Dźwiękowe i wizualne alarmy przekroczenia górnych/dolnych  progów alarmowych. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Manualne ustawienie granic alarmowych wszystkich parametrów w pełnym zakresie pomiarowym. | TAK | TAK/NIE\* |
| **WYŚWIETLACZ** | | | |
|  | Wyświetlanie wszystkich parametrów urządzenia, statusu alarmów, trendów, komunikatów statusu, czujników. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Typ: TFT LCD, kolorowy | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Rozdzielczość (piksele) **co najmniej**: (4.3”) 480 x 272 punkty (szerokość piksela 0,20 mm). | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
| **INNE** | | | |
|  | Czujnik napalcowy wielokrotnego użytyku długość kabla min. 1m dla dorosłych i dzieci o masie ciała pacjenta ≥ 20 kg (w ilości min. 2 sztuk do każdego oferowanego pulsoksymetru) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Czujnik owijalny napalcowy wielokrotnego użytku długość kabla min. 1m dla dzieci i niemowląt o masie ciała pacjenta ≥ 3 kg (w ilości min. 2 sztuk do każdego oferowanego pulsoksymetru) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Kabel łączący o długości min. 3 metrów (w ilości min. 2 sztuk do każdego oferowanego pulsoksymetru) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Czujnik jednorazowy owijalny na przylepiec dla dorosłych, dzieci i niemowląt o masie ciała pacjenta bez ograniczeń (w ilości min. 50 sztuk) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Kable odporne na przetarcia i zagięcia | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czujniki i kable wodoszczelne i odporne na wielokrotne dezynfekowanie | TAK | TAK/NIE\* |
| **Pozostałe wymagania** | | | |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:**   * Certyfikat CE / Deklaracja zgodności CE, Zgłoszenie / Przeniesienie / Wpis do rejestru wyrobów medycznych, * Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie * Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia wyposażenia – przy dostawie | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | **GWARANCJA, SZKOLENIE I SERWIS:**   1. Szkolenie z obsługi urządzenia i serwis gwarancyjny realizowany przez autoryzowany serwis producenta lub przez pracownika posiadającego uprawnienia nadane przez producenta do wykonywania napraw i przeglądów serwisowych. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Autoryzowane punkty serwisowe (podać adres i telefon, co najmniej jednego punktu). | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Maksymalna ilość napraw gwarancyjnych tego samego elementu, po których dany element zostanie wymieniony na nowy, wolny od wad: 3 naprawy gwarancyjne | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia przeglądów serwisowych oferowanego wyposażenia w okresie trwania gwarancji, które zostały wliczone w cenę oferty (obejmujących dojazd i robociznę), które zapewnią prawidłowe funkcjonowanie wyposażenia zgodnie z zaleceniami producenta, przy czym Zamawiający wymaga, by pierwszy przegląd został dokonany maksymalnie po upływie roku od momentu zakupu. Następny przegląd – zgodnie z zaleceniami producenta. Zamawiający wymaga, w przypadku gdy kolejny przegląd zgodnie z zaleceniami producenta wypada już poza okresem gwarancji, by Wykonawca przeprowadził taki przegląd przed upływem terminu gwarancji (np. przed upływem kolejnego, drugiego roku gwarancji, jeżeli gwarancja wynosi 2 lata). | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |
| 1. Paszport techniczny (karta techniczna) będzie dostarczona wraz z urządzeniami, przy czym zawierać będzie (minimum) poniższe dane:  * nazwa urządzenia pozwalająca zidentyfikować przeznaczenie urządzenia, * nazwa producenta, * typ urządzenia i numer seryjny, * data rozpoczęcia eksploatacji.   W części ww. dokumentu dotyczącej remontów, napraw i badań stanu technicznego powinny znaleźć się zapisy dokumentujące:   * uruchomienie urządzenia, przeprowadzenie testu, * poświadczenie, że urządzenie jest sprawne i bezpieczne w użytkowaniu, * datę wykonania powyższych czynności, * datę, do której powinien zostać wykonany następny okresowy przegląd techniczny urządzenia. | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:** W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* 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 przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy