Załącznik nr 2-N-10 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

Nazwa Wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO - UŻYTKOWE**

**urządzeń objętych Częścią 10 zamówienia**

**Dostawa miernika do nieinwazyjnego poziomu bilirubiny u noworodka – 1 sztuka**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ................................................

**Typ:** .......................................**Model**: ..........................................

**Producent**: .........................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów lub cech urządzenia** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych**  | **Podać wartość lub zakres wartości oferowanych lub potwierdzenie wartości lub opis** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2024, gotowe do użytku |  |  |
| **I Parametry ogólne**  |
|  | Głowica pomiarowa niewymagającą stosowania akcesoriów zużywalnych  | TAK |  |
|  | Ekran dotykowy  | TAK |  |
|  | Skaner kodów kreskowych  | TAK |  |
|  | Software do automatycznego eksportu pomiarów do plików Excel  | TAK |  |
|  | Zasilanie przez port USB  | TAK |  |
|  | Pamięć min.100 pomiarów  | TAK, podać |  |
|  | Pojemność akumulatora pozwalająca na wykonanie min. 250 pojedynczych pomiarów po pełnym naładowaniu | TAK, podać |  |
|  | Średni błąd pomiarowy maks. ± 1,5 mg/dl (+/- 25,5 μmol/L) dla pacjentów >35 tygodnia wieku ciążowego  | TAK, podać |  |
|  | Średni błąd pomiarowy maks. ± 1,6 mg/dl (+/- 27,4 μmol/L) dla pacjentów 24-35 tygodnia wieku ciążowego  | TAK, podać |  |
|  | Zakres pomiarowy 0,0 do min. 20,0 mg/dl (0 do 340 μmol/L)  | TAK, podać |  |
|  | Średni błąd pomiarowy po fototerapii nie większy niż ± 2,3 mg/dl (+/-39,00 μmol/L)  | TAK, podać |  |
|  | Masa z akumulatorem 203g ±10%  | TAK, podać |  |
|  | Zasilacz  | TAK |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |
|  | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 7 dni, podać |  |
|  | Czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 24 godziny, podać |  |
|  | Warunki gwarancji | Minimum 24 miesiące, podać |  |

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

 *miejscowość i data podpis upoważnionego* *przedstawiciela wykonawcy*