Załącznik nr 2-4 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

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

Nazwa wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO - UŻYTKOWE**

**urządzeń objętych częścią 4 zamówienia**

**Dostawa pulsoksymetrów dla pacjentów oddziału położnictwa - 4 sztuki**

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

**Typ:** .............................**Model**: ..............................**Rok produkcji:** .............................

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Podać wartość lub zakres wartości oferowanych, potwierdzenie parametrów lub opis** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2024, gotowe do użytku. Pulsoksmetr przenośny, dostepny w wersji dla dorosłych i noworodków | TAK |  |
| 1 | Pulsoksymetr do pomiaru saturacji O2 we krwi (SpO2),  | TAK |  |
| 2 | Pulsoksymetr zasilany baterii min. 4 godzin pracy ciągłej | TAK, podać |  |
| 3 | Zasilanie 220 – 240 V, 50 Hz  | TAK |  |
| 4 | Pomiar SpO2 w zakresie 70 - 100 % z dokładnością ± 3  | TAK |  |
| 5 | Pomiar tętna w zakresie od 20 do 250 uderzeń na minutę | TAK |  |
| 6 | Wyświetlacz: wskaźnik perfuzji (8 segmentów) wskaźniki wizualne: tętno, wyciszenie lub wyłączenie alarmów dźwiękowych, ładowanie baterii,  | TAK |  |
| 7 | Kolorowy wyświetlacz, możliwość wyświetlania krzywej pletyzmograficzej, amplitudy sygnału i aktualnie mierzonej saturacji oraz częstości tętna | TAK |  |
| 8 | Wymiar wyświetlacza do 3’’ | TAK, podać |  |
| 9 | Masa urządzenia max 250g | TAK, podać |  |
| 10 | Alarmy dźwiękowe i wizualne | TAK |  |
| 13 | Wymiary maksymalne 70 – 80 mm x 30 – 35mm x do– 170 mm wysokości | TAK, podać |  |
| 14 | Przewód łączący urządzenie z czujnikiem pomiarowym | TAK |  |
| 15 | Czujniki jednorazowe po 20 szt. –pakiet startowy do każdego z pulsksymetrów | TAK |  |
| 16 | Zamawiający wymaga, aby czujniki używane do oferowanego pulsoksymetru były kompatybilne z pulsoksymetrami posiadanymi przez Zamawiajacego tj.: pulsoksymetrami firmy Charmcare (Accuro, CX 100) i f. MedicEconet (PalmCare) | TAK |  |
| 16 | Menu w języku polskim | TAK |  |
| 17 | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji  | Maksymalnie 7 dni, podać |  |
| 18 | czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii w okresie gwarancji  | Maksymalnie 24 godziny, podać |  |
| 119 | Okres gwarancji | Podaćmin. 24 miesięcy |  |

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

*miejscowość i data podpis upoważnionego*

 *przedstawiciela wykonawcy*