*Załącznik nr 3-5 – paramenty techniczno-użytkowe*

**Część 5 zamówienia**

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

**Nazwa wykonawcy:** ...................................................................................................

**Adres wykonawcy:** ...................................................................................................

**Pozycja 1.**

**Laktatory elektryczne przeznaczone do użytku szpitalnego (na wózku jezdnym)**

**– 50 szt.**

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

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

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

| **Lp.** | **Nazwa i opis parametru lub cechy urządzenia** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych lub potwierdzenie wartości lub opis** | **Punktacja** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. WYMAGANIA OGÓLNE
 |
|  | Separacja mediów | TAK |  | - |
|  | Górny uchwyt do łatwego przenoszenia | TAK |  | - |
|  | Wózek jezdny wyposażony w uchwyty  | na min. 2 do max. 4 butelek |  | - |
|  | Praca laktatora sterowana przez kartę z czipem | TAK |  | - |
|  | Wyświetlacz LCD z komunikatami trybu pracy w języku polskim oraz graficznymi symbolami siły podciśnienia | TAK |  | - |
|  | Membrany tłoków zabezpieczone pokrywą | TAK |  | - |
|  | Program inicjacji do stymulacji laktacji | TAK |  | TAK – 40 pkt.NIE – 0 pkt. |
|  | Program utrzymania laktacji  | TAK |  | - |
|  | Technologia zapewniająca naśladowanie naturalnego rytmu ssania dziecka | TAK |  | - |
|  | Możliwość włączenia programu inicjacji i utrzymania laktacji jednym przyciskiem | TAK |  | - |
|  | Płynna regulacja podciśnienia  | min. od – 50 do – 250 mmHG |  | - |
|  | Waga modułu laktatora | max. 3,5 kg |  | - |
|  | Zasilanie sieciowe | TAK |  | - |
|  | Wyrób medyczny przeznaczony do pracy w szpitalu i w domu, dla wielu matek | TAK |  | - |
| 1. **WYMAGANIA UZUPEŁNIAJĄCE**
 |
|  | Wykonawca dostarcza po wykonaniu instalacji sprzętu* karty gwarancyjne w języku polskim,
* instrukcje użytkowania w języku polskim,
* wykaz autoryzowanych serwisów,
* paszporty techniczne urządzenia
* deklarację zgodności
 | TAK |  | - |
|  | Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi dostarczonego urządzenia w siedzibie zamawiającego | TAK |  | - |
|  | Zapewnienie przez wykonawcę dostępności części zamiennych i akcesoriów przez okres min.5 lat | TAK |  | - |
|  | Przeglądy zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym (min. 1 raz w roku w okresie gwarancji) | Podać, min. 1 na rok |  | - |
|  | Czas reakcji serwisu (liczony w dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy):* kontakt telefoniczny od zgłoszenia do 24 godzin
 | Podać, max. 24 godziny |  | - |
|  | Gwarancja na cały oferowany sprzęt  | Podać, min. 24 miesiące |  | - |
|  | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Podaćmax. 5 dni |  | - |

**Pozycja 2.**

**Laktatory elektryczne przeznaczone do użytku szpitalnego (z walizką transportową)**

**– 10 szt.**

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

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

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

| **Lp.** | **Nazwa i opis parametru lub cechy urządzenia** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych lub potwierdzenie wartości lub opis** | **Punktacja** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| I WYMAGANIA OGÓLNE |
|  | Separacja mediów | TAK |  | - |
|  | Górny uchwyt do łatwego przenoszenia | TAK |  | - |
|  | Uchwyt do butelek | TAK |  | - |
|  | Walizka transportowa | TAK |  | - |
|  | Praca laktatora sterowana przez kartę z czipem | TAK |  | - |
|  | Wyświetlacz LCD z komunikatami trybu pracy w języku polskim oraz graficznymi symbolami siły podciśnienia | TAK |  | - |
|  | Membrany tłoków zabezpieczone pokrywą | TAK |  | - |
|  | Program inicjacji do stymulacji laktacji | TAK |  | TAK – 40 pkt.NIE – 0 pkt. |
|  | Program utrzymania laktacji  | TAK |  | - |
|  | Technologia zapewniająca naśladowanie naturalnego rytmu ssania dziecka | TAK |  | - |
|  | Możliwość włączenia programu inicjacji i utrzymania laktacji jednym przyciskiem | TAK |  | - |
|  | Płynna regulacja podciśnienia  | min. od – 50 do – 250 mmHG |  | - |
|  | Waga modułu laktatora | max. 3,5 kg |  | - |
|  | Zasilanie sieciowe | TAK |  | - |
|  | Wyrób medyczny przeznaczony do pracy w szpitalu i w domu, dla wielu matek | TAK |  | - |
| **II WYMAGANIA UZUPEŁNIAJĄCE** |
|  | Wykonawca dostarcza po wykonaniu instalacji sprzętu* karty gwarancyjne w języku polskim,
* instrukcje użytkowania w języku polskim,
* wykaz autoryzowanych serwisów,
* paszporty techniczne urządzenia
* deklarację zgodności
 | TAK |  | - |
|  | Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi dostarczonego urządzenia w siedzibie zamawiającego | TAK |  | - |
|  | Zapewnienie przez wykonawcę dostępności części zamiennych i akcesoriów przez okres min.5 lat | TAK |  | - |
|  | Przeglądy zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym (min. 1 raz w roku w okresie gwarancji) | Podać, min. 1 na rok |  | - |
|  | Czas reakcji serwisu (liczony w dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy):* kontakt telefoniczny od zgłoszenia do 24 godzin
 | Podać, max. 24 godziny |  | - |
|  | Gwarancja na cały oferowany sprzęt  | Podać, min. 24 miesiące |  | - |
|  | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Podaćmax. 5 dni |  | - |

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

 *miejscowość i data podpis i pieczątka upoważnionego*

 *przedstawiciela wykonawcy*