Załącznik nr 2-GP-14 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

Nazwa Wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO - UŻYTKOWE**

**urządzeń objętych częścią 14 zamówienia**

**Dostawa bezprzewodowych stacji telemetrycznych z głowicami – 3 sztuki**

**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** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2024, gotowe do użytku. | TAK |  |
| 2. | Moduł podłączany do aparatu KTG zapewniający bezprzewodową komunikację z głowicami pomiarowymi. Automatyczne zasilanie modułu z aparatu KTG. | TAK |  |
| 3. | Moduł telemetryczny kompatybilny z posiadanymi przez Zamawiającego aparatami KTG typu Avalon FM30 | TAK |  |
| 4. | Moduł umożliwia jednoczesne ładowanie min. 3 głowic bezprzewodowych | TAK, podać |  |
| 5. | Zasięg telemetrii – co najmniej 50 m (mierzony w linii prostej w otwartej przestrzeni) | TAK, podać |  |
| 6. | Głowice ultradźwiękowe do monitorowania tętna płodu i głowica TOCO do monitorowania skurczów macicy | TAK |  |
| 7. | Automatyczne ładowanie głowic po umieszczeniu w stacji dokującej modułu | TAK |  |
| 8. | Szczelność głowic bezprzewodowych : min klasa IP68 | TAK, podać |  |
| 9. | Automatyczna sygnalizacja wyjścia poza zasięg pracy systemu | TAK |  |
| 10. | Czas pracy w pełni naładowanej głowicy bezprzewodowej min. 8 godzin | TAK, podać |  |
| 11. | Krótki czas ponownego ładowania głowicy | <Max 3 godziny, podać |  |
| 12. | **Minimalne wyposażenie każdego modułu:** | TAK |  |
| 13. | Głowica bezprzewodowa do określenia czynności serca płodu (monitorowanie tętna płodu) - sztuk 2 | TAK |  |
| 14. | Głowica bezprzewodowa do określenia czynności skurczowej macicy oraz tętna matki - sztuk 1. | TAK |  |
| 15. | Uchwyt do zamontowania modułu na ścianie | TAK |  |
|  | Gwarancja i serwis |  |  |
| 1 | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 7 dni, podać |  |
| 2 | Czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii | Maksymalnie 24 godziny, podać |  |
| 3. | Okres gwarancji na moduł | min. 36 miesięcy  Podać |  |
| 4. | Okres gwarancji na wyposażenie | min. 24 miesiące  Podać |  |

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

*miejscowość i data podpis upoważnionego* *przedstawiciela wykonawcy*