Załącznik nr 2-GP-15 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

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

Nazwa wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO - UŻYTKOWE**

**urządzeń objętych częścią 15 zamówienia**

1. **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 | 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 |  |

1. **Dostawa lampy zabiegowej – 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. | TAK |  |
|  | Lampa zabiegowo-operacyjna bezcieniowa przejezdna | TAK |  |
|  | Źródło światła diody led | TAK |  |
|  | Max. natężenie światła | Max. 100000 lux z odl. 1 m, podać |  |
|  | Regulacja natężenia światła w zakresie | 5 000 – 100 000 lux, podać |  |
|  | Regulowana średnica pola roboczego w zakresie  | 18 cm i 30 cm ± 5, podać |  |
|  | Wielkość czaszy | 30 – 35 cm x 30 - 35 cm, podać |  |
|  | Średni czas żywotności diod  | min. 6000 h, podać |  |
|  | Regulowana temperatura barowa | 3,800/4,300/4,800, podać |  |
|  | Zasilanie 100-240 V, 50 /60 Hz | TAK |  |
|  | Wymienna rączka do ustawienia położenia czaszy (sterylizowana) | TAK |  |
|  | Panel do sterowania parametrami lampy umieszczony na ramieniu przy czaszy | 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 | Minimum 24 miesiące, podać |  |

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

*miejscowość i data podpis upoważnionego*

 *przedstawiciela wykonawcy*