

7/SPMED/2022 Załącznik 2 do SWZ

**FORMULARZ-OFERTOWY** ( strona druga)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Wymagane minimalne parametry – **Pompy infuzyjnej strzykawkowej – szt.4** | **Wpisać**  | **Opis oferowanych parametrów****-** opisać w każdym wierszu |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Producent | wpis w kol.nr 4 |  |
|  | Nazwa i typ | wpis w kol.nr 4 |  |
|  | Kraj pochodzenia | wpis w kol.nr 4 |  |
|  | Wymagane minimalne parametry: W kolumnie nr 3 wpisać **TAK** jeżeli spełnia lub **NIE** jeżeli nie spełnia, w kolumnie nr 4 opisać parametry | wpisać **TAK** lub **NIE** | **Opis oferowanych parametrów****-** opisać w każdym wierszu |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie wcześniej niż w 2022 r. |  |  |
|  | Zasilanie:z akumulatora oraz z sieci instalacji w karetce 12V DCCzas pracy z akumulatora min.8 godz. przy natężeniu przepływu 25ml/godz. |  | Czas pracy z akumulatora:8 godz. – 0 pkt.Powyżej 8 godz. – 10 pkt. |
|  | Sterowana elektronicznie |  |  |
|  | Strzykawka mocowana od przodu |  |  |
|  | Podświetlany ekran- wyświetlacz i przyciski. |  |  |
|  | Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki podczas wymiany.  |  |  |
|  | Wyświetlacz winien przedstawiać jednocześnie : ustawienie limitu ciśnienia i aktualnego ciśnienia, całkowitą podaną objętość, czas do końca infuzji, jednostkę podawania leku, stan akumulatora |  |  |
|  | Zakres prędkości dozowania min. 0,1 do 1000ml/h  |  |  |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu  |  |  |
|  | Bolus podawany na żądanie |  |  |
|  | Alarmy akustyczno-optyczny: pustej strzykawki, okluzji, rozładowania akumulatora, skoku/spadku ciśnienia |  |  |
|  | Menu w języku polskim |  |  |
|  | Możliwość mocowania pompy do rury lub szyny Modura |  |  |
|  | Waga aparatu max. do 2 kg |  | 2 kg włącznie – 0 pkt.Poniżej 2 kg – 10 pkt. |
|  | **Wyposażenie:** |  |  |
|  | Kabel zasilający 230V |  |  |
|  | Uchwyt do mocowania na rurze lub szynie Modura |  |  |
|  | Certyfikat CE potwierdzający zgodność  z Dyrektywą UE nr 93/42/EWG  |  |  |
|  |  Folder z opisem parametrów urządzenia  |  |  |
|  |  Instrukcja obsługi w języku polskim  |  |  |
|  | Gwarancja min 24 miesięczna, w okresie gwarancji koszty wymaganych przeglądów serwisowych wliczone w cenę oferty |  |  |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w zakresie opisanym w instrukcji użytkowania |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny w Polsce – załączyć autoryzacje i wykaz punktów serwisowych |  |  |
|  | Gwarantowany czas reakcji od zgłoszenia awarii w zakresie defibrylatora oraz w zakresie aplikacji max. do 72 godz.  |  |  |
|  | Gwarantowany czas od zgłoszenia awarii do jej usunięcia w zakresie defibrylatora do 7 dni roboczych,  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie
z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

 …………………………….

 podpis Wykonawcy