**8/AMB/2022 – część nr 5** Załącznik 1 do SWZ

**FORMULARZ-OFERTOWY** (strona druga)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wymagane minimalne parametry : **pompa infuzyjna strzykawkowa – szt.1** | **Opis oferowanych parametrów****-** opisać w każdym wierszu |
| 1 | 2 | 4 |
|  | Producent | Wpisać producenta |
|  | Nazwa i typ | Wpisać nazwę i typ |
|  | Kraj pochodzenia | Wpisać kraj pochodzenia |
|  | Wymagane minimalne parametry: W kolumnie nr 3 wpisać **TAK** jeżeli spełnia lub **NIE** jeżeli nie spełnia, w kolumnie nr 4 opisać parametry | **Opis oferowanych parametrów****-** opisać w każdym wierszu |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie wcześniej niż w 2022 r. | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Zasilanie: z akumulatora oraz z sieci instalacji w karetce 12-14 V DC Czas pracy z akumulatora min.8 godz. przy natężeniu przepływu 25ml/godz.**Kryterium oceny ofert:**Czas pracy z akumulatora:8 godz. = 0 pkt., powyżej 8 godz. = 10 pkt. | Podać czas pracy akumulatora |
|  | Sterowana elektronicznie | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Strzykawka mocowana od przodu | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Podświetlany ekran- wyświetlacz i przyciski. | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Mechanizm blokujący tłok zapobiegający samoczynnemu opróżnianiu strzykawki podczas wymiany.  | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Wyświetlacz winien przedstawiać jednocześnie : ustawienie limitu ciśnienia i aktualnego ciśnienia, całkowitą podaną objętość, czas do końca infuzji, jednostkę podawania leku, stan akumulatora | Opisać |
|  | Zakres prędkości dozowania min. 0,1 do 1000ml/h  | Podać zakres dozowania |
|  | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu  | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Bolus podawany na żądanie | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Alarmy akustyczno-optyczny: pustej strzykawki, okluzji, rozładowania akumulatora, skoku/spadku ciśnienia | Opisać |
|  | Menu w języku polskim | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Możliwość mocowania pompy do rury lub szyny Modura | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Waga aparatu max. do 2 kg**Kryterium oceny ofert:**2 kg włącznie = 0 pkt., poniżej 2 kg – 10 pkt. | Wpisać wagę aparatu |
|  | **Wyposażenie:** |  |
|  | Kabel lub zasilacz 12V DC oraz kabel lub zasilacz 230V | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Uchwyt do mocowania na rurze lub szynie Modura | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Certyfikat CE potwierdzający zgodność  z Dyrektywą UE nr 93/42/EWG  | Załączyć do oferty |
|  |  Folder z opisem parametrów urządzenia  |  Wpisać TAK lub NIE |
|  |  Instrukcja obsługi w języku polskim  | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Gwarancja min 24 miesięczna, w okresie gwarancji koszty wymaganych przeglądów serwisowych wliczone w cenę oferty | Podać czas gwarancji |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w zakresie opisanym w instrukcji użytkowania | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny w Polsce – załączyć autoryzacje i wykaz punktów serwisowych | Załączyć autoryzację i wykaz |
|  | Gwarantowany czas reakcji od zgłoszenia do 72 godz.  | Wpisać czas reakcji |
|  | Gwarantowany czas od zgłoszenia awarii do 7 dni roboczych,  | Wpisać czas naprawy |

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