**Pakiet nr 4 – zakup wraz z dostawą 2 szt. stanowisk do resuscytacji dla Oddziału Noworodkowego z Pododdziałem Intensywnej Terapii Noworodków**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **PARAMETRY/WARUNEK/WARTOŚĆ GRANICZNA** | **Wymóg przedmiotowy do spełnienia** (**warunek graniczny)** | **PARAMETRY OFEROWANE PRZEZ Wykonawcę**  |
| **SYSTEM DO CHŁODZENIA GŁOWY I CAŁEGO CIAŁA DLA NOWORODKÓW**  |
|  | Nazwa | Podać |  |
|  | Model/typ | Podać |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Rok produkcji | 2017 |  |
|  | Kraj produkcji | podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
| **Napięcie**  |
| 1 | Napięcie i natężenie prądu zasilającego – 230V +/- 20V, max. 4 A | Tak  |  |
| **Częstotliwość prądu zasilającego**  |
| 2 | Maksymalna moc na jednostkę powierzchni dla promiennika pracującego na 100% mocy oraz odległości pomiędzy kratownicą promiennika a materacem 68 cm – 32mW/cm2 | Tak |  |
| 3 | Moc oświetlenia – 20W | Tak |  |
| 4 | Kontrola temperatury ciała noworodka – czujnik naskórny temperatury wielorazowy, pomiar temperatury w zakresie 34,5-37,5 st. C co 0,1 st. C | Tak |  |
| 5 | Zakres wyświetlany od 4,0 st. C do 50 st. C z jednostką co 0,1 st. C | Tak |  |
| 6 | Wyświetlacz mocy grzania w procentach w postaci świecącego słupka | Tak |  |
| 7 | Praca w trybie SERVO | Tak |  |
| 8 | Posiadający tryb nagrzewania wstępnego  | Tak |  |
| 9 | Stoper Apgar emitujący dźwięki po 1,5 oraz 10 minutach od wyłączenia, z możliwością włączenia dodatkowego dźwięku w 3 minucie | Tak |  |
| 10 | Wbudowane 2 stopery do pomiaru czasu procedur | Tak |  |
| 11 | Wysokość urządzenia max. 175 cm  | Tak |  |
| 12 | Wysokość materaca 90,5 cm wymiary leża noworodkowego 65x65 do 65-75 cm  | Tak |  |
| 13 | Wymiary materaca 62x62 cm do 62x72 cm  | Tak |  |
| 14 | Zakres obrotu głowicy promiennika od -130 st. Do +130 st. W stosunku do położenia środkowego  | Tak |  |
| 15 | Pozycja Trendelenburga max. -10 st. Do +10 st. Płynnie regulowana  | Tak |  |
| 16 | Kółka samonastawne 4 x min. 100 mm, wszystkie zaopatrzone w hamulce | Tak |  |
| 17 | 4 ścianki odchylane, w przedniej i tylnej oraz w 4 narożach silikonowe „śluzy” do mocowania drenów oddechowych  | Tak |  |
| ALARMY |
| 18 | Za wysokiej/ za niskiej temperatury ciała noworodka  | Tak |  |
| 19 | Odłączenia czujnika temperatury | Tak |  |
| 20 | Awarii zasilania  | Tak |  |
| 21 | Uszkodzenia czujnika temperatury | Tak |  |
| WYPOSAŻENIE DODATKOWE |
| 22 | Aparat do resuscytacji wbudowany w kolumnę inkubatora, z ustawianym dokładnie ciśnieniem PIP (zakres 5-70 cm H2O) i PEEP (zakres 1-9 cm H2O) – ustawienia widoczne w formie zegarowego wskaźnika, z wyposażeniem jednorazowego użytku po 1 szt. o parametrach: - dren do pacjenta, min. 145 cm długości- dren doprowadzający gaz do aparatu- zastawka PEEP, znajdująca się na końcu drenu do pacjenta- maseczka w rozmiarach: średnica maseczki 42 mm lub 50 mm lub 60 mm - przepływomierz tlenu i powietrza z mocowaniami na szynę- Półka pod kardiomonitor- szuflada na kasetę RTG- zestaw dwóch szuflad, jedna w drugiej, wysuwanych na boki ( na obie strony inkubatora ułatwiające dostęp do szuflad)- osłonki jednorazowego użytku na czujnik temperatury 1op/10 szt - czujnik pomiaru temperatury wielorazowego użytku 1 szt- szyna do zamocowania przepływomierzy o długości min. 50 cm  | Tak |  |
| 23 | Instrukcja użytkowania w języku polskim  |  |  |
| **Warunki gwarancji** |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). | Tak |  |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | Tak |  |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączając dni wolne ustawowo od pracy. | Tak |  |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | Tak |  |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | Tak |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | Tak |  |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | Tak |  |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | Tak podać |  |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | Tak, podać |  |
| 10. |  Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **Serwis pogwarancyjny** |
| 11. | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | Tak |  |

…………………………………….. …………………………………………

Data podpis osoby uprawnionej +pieczęć