**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