**Załącznik nr 1 do SIWZ Pakiet 3 - MINIMALNE WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE**

 **Uniwersalny podgrzewacz medyczny do płynów irygacyjnych i infuzyjnych – 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Urządzenie medyczne do podgrzewania we wszelkiego rodzaju pojemnikach płynów infuzyjnych, irygacyjnych, diuretyków, większości używanych odczynników, wlewów, kontrastów** |
| Urządzenie w formie szafki z co najmniej 2 autonomicznymi szufladami z możliwością pracy jednocześnie w dwóch różnych zakresach temperatur | TAK |  |
| Mikroprocesorowy system regulacji temperatury, Możliwość programowania temperatury co 0,1 ºC lub 1ºC, w zakresie co najmniej od 30 ºC do +60 ºC lub większym | TAK |  |
| Możliwość pracy urządzenia jednocześnie w dwóch trybach: automatycznym i manualnym | TAK |  |
| Objętość urządzenia minimum 100 litrów | TAK (podać) |  |
| Pobór mocy urządzenia w trybie pracy maksymalnie 400 W | TAK |  |
| Wymiary gabarytowe (szer. x wys. x głeb.). Nie większe niż: 600x1000x750mm | TAKI (podać) |  |
| Dokładność stabilizacji temperatury w punkcie +/- 0,1 ºC | TAK |  |
| Nastawa czasów trwania zadanej temperatury do 100 godzin lub praca ciągła, wyposażenie w tryb czuwania (stand by) | TAK |  |
| Naturalny (grawitacyjny) obieg powietrza | TAK |  |
| Sygnalizacja optyczna i dźwiękowa niedomknięcia szuflady | TAK |  |
| Pamięć zaprogramowanych ustawień temperatury i czasu | TAK |  |
| Widoczny z daleka cyfrowy wyświetlacz wskazujący:- temperaturę zadaną- aktualną temperaturę wewnątrz urządzenia- aktualny czas- status urządzenia | TAK |  |
| Mobilna konstrukcja na 4 kółkach z blokadami | TAK |  |
| Obudowa wykonana z powłoki umożliwiającej łatwe mycie i dezynfekcję | TAK |  |
| Minimum jedno zabezpieczenie przed przegrzaniem | TAK |  |
| Rok produkcji nie późniejszy niż 2018 (urządzenie fabrycznie nowe) | TAK |  |
| Gwarancja co najmniej 24 miesiące. | TAK |  |
| Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia bezpłatnie **co najmniej jednego** **przeglądu serwisowego** oferowanego sprzętu w okresie trwania gwarancji (zgodnie z zaleceniami Producenta sprzętu), przy czym Zamawiający wymaga, by każdy przegląd został potwierdzony zaświadczeniem lub certyfikatem. Zamawiający wymaga, by ostatni bezpłatny przegląd wykonany został na miesiąc przed upływem terminu gwarancji. | TAK |  |
| Instrukcja Obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (pendrive, CD) | TAK |  |

1. Wykonawca przedstawi co najmniej dokumenty potwierdzające zgłoszenie urządzenia w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
2. Wykonawca potwierdzi zgodność urządzenia z normami europejskimi zgodnymi z Dyrektywą Rady 93/42/EWG przedstawiając Deklarację Zgodności
3. Wykonawca przedstawi odpowiednie dokumenty potwierdzające możliwość pracy urządzenia na Bloku Operacyjny

**……………………………………………………….. ………..…………………………………………………………**

**Miejscowość, data Podpis Wykonawcy lub upoważnionej osoby**

**Załącznik nr 1 do SIWZ Pakiet 3 : specyfikacja asortymentowo - cenowa**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Nazwa oraz parametry | Ilość szt | NazwawłasnaProducentNumerkatalogowy | Cena jednostkowa netto | Stawka vat | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | Uniwersalny podgrzewacz medyczny do płynów irygacyjnych i infuzyjnych | 1 szt  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM: | x | x | x | x |  |  |

Wartość netto ………………. PLN Wartość brutto …………. PLN