**Załącznik nr 2**

**Pakiet IX. Resuscytator silikonowy do ręcznej wentylacji pacjentów dorosłych – 6 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2020**

**Do oferty należy załączyć materiały w języku polskim potwierdzające spełnienie poniższych wymagań – z zaznaczeniem w tabeli nr strony na której jest potwierdzony dany parametr, w załączonych materiałach należy zakreślić właściwy fragment i wpisać którego punktu dotyczy.**

**Odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” lub „parametr oferowany” spowoduje odrzucenie oferty**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | **PARAMETRY OFEROWANE /  NR STRONY W MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH DOŁĄCZONYCH DO OFERTY** |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE** | |  |
|  | Resuscytator Silikonowy Ambu do ręcznej wentylacji pacjentów dorosłych. Aparat do wielokrotniej sterylizacji w autoklawie w temperaturze 134°C włącznie z maską i rezerwuarem tlenu. | TAK, Podać |  |
|  | Przeznaczenie: do wentylacji pacjentów dorosłych o masie ciała powyżej 30 kg | TAK, Podać |  |
|  | Zawór bezpieczeństwa: 40 cm H2O, możliwość wyłączenia zaworu | TAK, Podać |  |
|  | Objętość worka: 1475 ml Objętość oddechowa: 1100 ml | TAK, Podać |  |
|  | Objętość rezerwuaru tlenu nadającego się do sterylizacji w autoklawie: 1500 ml | TAK, Podać |  |
|  | Rodzaj maski twarzowej: silikonowa, z pompowanym mankietem | TAK, Podać |  |
| **B.** |  |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| 2 | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE[[1]](#footnote-1)  Podać jeśli zalecane |  |

Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

1. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-1)