Załącznik nr 3.5 do SWZ

Opis przedmiotu zamówienia**: Aparat wspierający oddech CPAP z dodatkową maską noworodkową – 1 sztuka**

**Oferuję:**

Model/typ

Producent/kraj

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania** | **Parametry i warunki zaoferowane przez Wykonawcę (należy uzupełnić wszystkie wymagane pola podając parametry oferowanego produktu, opis lub wpisać tak)** |
| **1.** | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, ani nie potestowe |  |
| **2.** | Przenośny aparat CPAP do resuscytacji noworodka |  |
| **3.** | Urządzenie zasilane gazami (tlen/powietrze), bez konieczności podłączania do prądu. |  |
| **4.** | Moduł składający się z manometrów, przepływomierzy oraz mieszalnika. Precyzyjne nastawy stężenia tlenu w mieszance realizowane za pomocą mieszalnika wbudowanego w panel główny. Regulacja wartości ciśnienia gazów dostarczanych pacjentowi z zabezpieczeniem podaży powyżej 30 cmH2O (prezentacja aktualnej wartości ciśnienia w drogach oddechowych na manometrze). Regulowany PIP oraz PEEP |  |
| **5.** | Uchwyt od góry, pozwalający przenosić urządzenie lub stojak |  |
| **6.** | Waga max. 8 kg |  |
| **7.** | Nawilżacz, kompatybilny z aparatem CPAP |  |
| **8.** | Dwa wyjścia umożliwiające podłączenie równolegle rurki T lub/i worka z maską |  |
| **9.** | Ssak Venturiego z regulacją siły ssania oraz manometrem wbudowanym w główny panel sterujący inkubatora otwartego |  |
| **10.** | Dwa niezależne zestawy wejść zasilających w gazy (tlen/powietrze) na tylnym panelu urządzenia |  |
| **11.** | Przegląd techniczny – należy podać częstotliwość wymaganych przeglądów technicznych ( opisać ). Podać ilość przeglądów technicznych w trakcie trwania gwarancji. |  |
| **12.** | Dokumentacja techniczna „DTR" lub instalacyjna (wymagania instalacyjne) przeznaczona dla Użytkownika dostarczona wraz z urządzeniem (w języku polskim i angielskim w formie pisemnej i elektronicznej (PDF)) |  |

*Formularz należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

podpisy osób/-y uprawnionych/-ej