|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OPIS PARAMETRÓW TECHNICZNYCH** | | **PARAMETRY MINIMALNE** | **TAK/NIE** | **PARAMETR OFEROWANY (podać zakres lub opisać)** |
| 1. **Dane kriokomory** | | | | |
| **1** | Urządzenie | nazwa, model, typ urządzenia | Tak podać |  |
| **2** | Rok produkcji | min. 2021, komplet urządzeń fabrycznie nowych, nie używanych, bez usterkowych. | Tak podać |  |
| **3** | Wymagania prawne | posiadanie aktualnych dokumentów potwierdzających, że zaoferowany sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi wymogami określonymi w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r. (Dz. U. 2022 r. poz. 974). | Tak załączyć |  |
| **4** | Pozwolenia | Skompletowanie wymaganych pozwoleń i stworzenie projektu budowlanego. | Tak/Nie |  |
| **5** | Certyfikaty | Urządzenie spełnia wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia. | Tak załączyć |  |
| Urządzenie opatrzone znakiem CE | Tak załączyć |  |
| 1. **Komora do krioterapii** | | | | |
| **1** | Kriokomora min. 3-4 osobowa. | | Tak/Nie |  |
| **2** | Kriokomora z izolowanych ścian od góry zamknięta sufitem | | Tak/Nie |  |
| **3** | Zakres temperatury roboczej kriokomory - programowany: minimum wymagań -110 do -160 ̊C co 5 ̊C. | | Tak podać |  |
| **4** | Zakres temperatury w komorze zabiegowej: minimum wymagań -110 do -160 ̊C | | Tak podać |  |
| **5** | Temperatura w przedsionku: minimum -60 ̊C ± 5 ̊C | | Tak podać |  |
| **6** | Stabilizacja temperatury w komorze zabiegowej: min. ±3 (max. ±10) ̊ C | | Tak podać |  |
| **7** | Wewnętrzne i zewnętrzne ściany oraz podłogi wykonane i pokryte materiałem bezpiecznym dla pacjenta, charakteryzujące się odpornością na wilgoć i wodę, twardością powierzchni, odpornością na uderzenia, odpornością na związki chemiczne i biologiczne | | Tak/Nie |  |
| **8** | Drzwi zamykane za pomocą zamków magnetycznych lub zatrzasków, wyposażone w okna umożliwiające obserwację pacjentów. | | Tak/Nie |  |
| **9** | Drzwi awaryjne umożliwiające samodzielne wyjście pacjenta z komory w razie niebezpieczeństwa. | | Tak/Nie |  |
| **10** | Komora jest wyposażona w system audio, który jest integralną częścią układu sterowania pozwalający na wydawanie komunikatów za pomocą mikrofonu, przez prowadzącego zabiegi do pacjentów. | | Tak/Nie |  |
| 1. **Znamionowe warunki pracy** | | | | |
| **1** | Zasilanie: napięcie przemienne- wartość napięcia i częstotliwość: 230 V, 50 Hz | | Tak/Nie |  |
| **2** | Pobór mocy max. 3 kW | | Tak/Nie |  |
| 1. **Rozdzielnia elektryczna** | | | | |
| **1** | Obsługa panelu w języku polskim. | | Tak/Nie |  |
| **2** | Programowalny czas zabiegu w przedziale 1-3 minuty | | Tak/Nie |  |
| **3** | Panel sterujący wraz z ekranem informacyjnym. | | Tak/Nie |  |
| **4** | System oświetlenia wewnętrznego i zewnętrznego komory | | Tak/Nie, podać jaki |  |
| **5** | Komunikaty ostrzegawcze o prawidłowych i nieprawidłowych parametrach zabiegowych. | | Tak/Nie |  |
| **6** | Bezobsługowy, automatyczny system osuszający kriokomorę. | | Tak/Nie |  |
| 1. **Parametry eksploatacyjne** | | | | |
| **1** | Zużycie azotu | na schłodzenie nie więcej niż 120 kg | Podać ile |  |
| w czasie zabiegów nie więcej niż 100 kg/h | Podać ile |  |
| 1. **System zasilania kriokomory** | | | | |
| **1** | oparty na ciekłym azocie z układem wymiennikowym | | Tak/Nie |  |
| 1. **Zasilanie awaryjne** | | | | |
| **1** | zasilacz UPS – oświetlenie awaryjne wewnątrz komory w razie zaniku prądu. | | Tak/Nie |  |
| 1. **Systemy bezpieczeństwa** | | | | |
| **1** | System zabezpieczenia przed nieautoryzowanym użyciem kriokomory. | | Tak/Nie |  |
| **2** | Ze względów bezpieczeństwa wszystkie połączenia instalacji kriogenicznej wewnątrz komory lutowane (bądź spawane) zamiast skręcanych. | | Tak/Nie |  |
| **3** | Czujnik tlenu w komorze zabiegowej. | | Tak/Nie |  |
| **4** | Czujnik tlenu w przedsionku. | | Tak/Nie |  |
| **5** | O ile występuje pomieszczenie techniczne, czujnik tlenu zintegrowany z syreną alarmową, włączaną w razie wykrycia spadku poziomu tlenu. | | Tak/Nie, podać ilość pomieszczeń |  |
| 1. **Funkcje dodatkowe** | | | | |
| **1** | Licznik zabiegów – funkcja umożliwiająca sprawdzenie ilości zabiegów wykonanych w kriokomorze. | | Tak/Nie |  |
| 1. **Zakres dostawy** | | | | |
| **1** | Dostawa kriokomory z montażem, montaż przyłącza instalacji zasilającej do zbiornika na odległości do 10 m i uruchomienie kriokomory. | | Tak/Nie |  |
| **2** | Wykonanie stanowiska pod lokalizację zbiornika na ciekły azot oraz montaż rurociągu. | | Tak/Nie |  |
| **3** | W ramach przedmiotu zamówienia Wykonawca przeszkoli personel w siedzibie Zamawiającego. Szkolenie zakończone będzie wystawieniem certyfikatów potwierdzających przeszkolenie personelu. | | Tak/Nie |  |
| **4** | Kolor zabudowy tzn. wygląd zewnętrzny – okładziny oraz drzwi (min. RAL5010) | | Proszę podać |  |
| **5** | Okres gwarancji | | Tak, podać ilość miesięcy |  |
| **6** | Serwis gwarancyjny na terenie całego kraju | | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu:……  Adres:….  Tel. …..  e-mail….. |
| **7** | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski, świadczony przez okres min. 5 lat | | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu:……  Adres:….  Tel. …..  e-mail….. |
| **8** | Czas reakcji serwisu – 24 godziny (w dni robocze) | | Tak, podać dane serwisanta które będą wpisane w umowie |  |

**Uwaga! Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Zamawiajacy zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.**

....................................................................................

*podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń*

*woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka/pieczątki*