Załącznik nr 1.3 do SWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Dostawa fantomów i symulatora szkoleniowego na potrzeby Wydziału Medycznego Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II z podziałem na części.**

**Część 3:**Dostawa symulatora położniczego macierzyńskiego do ASP na potrzeby Centrum Symulacji Medycznej Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II

**NAZWA: ……………………………………………………………………………………………..…………\***

**PRODUCENT: ………………………………………………………………………………………………….\***

**TYP/MODEL: ……………………………………………………………………………………………………\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Symulator położniczy macierzyński do ASP 1 SZTUKA** | | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** |
|  | Posiada wszystkie niezbędne struktury anatomiczne: miednica, brzuch |  |
|  | Możliwość odsłuchu tętna płodu |  |
|  | Możliwość dowolnego ułożenia i orientacji płodu |  |
|  | Możliwość wykonywania pomiarów miednicowych |  |
|  | Możliwość badania palpacyjnego Chwytami Leopolda oraz Dysproporcji Matczyno Płodowej CPD metodą Seitz’a |  |
|  | Możliwość kontroli i regulacji tętna płodu |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |
|  | Minimalny okres gwarancji 24 miesiące | |
|  | Termin dostawy (6 tygodni) | |

\* Wykonawca zobowiązany jest do podania nazwy, producenta, typu/modelu oferowanego sprzętu. Podane dane oraz uzupełniona kolumna pn: Parametry oferowane przez Wykonawcę danego urządzenia muszą pozwolić Zamawiającemu na jednoznaczną identyfikację oferowanego produktu.

Opis przedmiotu zamówienia składany jest razem z ofertą Wykonawcy.

**DOKUMENT NALEŻY PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM, PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM.**