**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet 6: Aparat do szybkiego przetaczania płynów – szt. 3**

**Producent : …………………………………………………(należy podać)**

**Model/ Typ: ………………………………………………………(należy podać)**

**Kraj pochodzenia: ................................................................. (należy podać)**

**Rok produkcji : 2018 lub 2019 ……………………..………(należy podać)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Opis wymaganego parametru** | **parametr wymagany** | **Deklaracja Wykonawcy - należy wpisać potwierdzenie TAK i oferowany parameter w miejscu żądanym** |
| 1. **Ogólne** | | | |
| 1. | Mankiet do szybkiego przetaczania płynów infuzyjnych wielokrotnego użytku przezroczysty, umożliwiający widoczność płynu z każdej strony | TAK |  |
| 2. | Mankiet z manometrem umieszczonym w górnej części, zakres min. 0-700 mmHg | TAK / podać |  |
| 3 | Od mankietu odchodzi dren łączący gruszkę z zaworem ręcznym szybkiej deflacji | TAK |  |
| 4 | Całość pozbawiona lateksu | TAK |  |
| 5 | Mankiet dostępny w dwóch rozmiarach: dla butelek o pojemności 500 ml lub 1000 ml | TAK / podać |  |

Proszę podać ( wymienić) części zużywalne ( jeżeli dotyczy): ……………………………………………………………………………..…………….………

Proszę podać ( wymienić) listę podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanych przedstawicieli do wykonywania czynności serwisowych: ………………………………..…………

……………………………………………………………………………………………………………

UWAGA:

1. Parametry opisane w Zestawieniu Parametrów Technicznych są bezwzględnie wymagane. Nie spełnienie przez oferowany sprzęt jakiegokolwiek z parametrów wymaganych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej z treścią SIWZ.

2. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest zgodny z wymogami SIWZ, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.