**Załącznik nr 4.13 do SWZ**

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych**

1. **Ssak elektryczny przenośny – 1 szt. (ZPO)**

Producent: …………………………………………………………………….……....……………...

Oznaczenie (nazwa, numer katalogowy, model, symbol, typ, itp..): ………………………………………..…..………………………………….….……………………..

Kraj pochodzenia: ……………………………………….…………………………..………………

Rok produkcji: ……………….....................….

**Cena jednostkowa netto: ……………………… zł, podatek VAT ….%, cena jednostkowa brutto ……………………. zł**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru | Parametry wymagane | Parametr oferowany |
|  | Przenośny ssak elektryczny do bezpiecznego i efektywnego odsysania wydzielin i innych płynów z układu oddechowego | Tak |  |
|  | Wygodny uchwyt do przenoszenia ssaka. | Tak |  |
|  | Płynna bezstopniowa regulacja próżni do -80 kPa | Tak |  |
|  | Obudowa wykonana z tworzywa o wysokiej odporności, łatwa do dezynfekcji. | Tak |  |
|  | Wydajność ssania min. 16 +/- 2l/min. | Tak, podać |  |
|  | Regulator ciśnienia. | Tak |  |
|  | Uchwyt na dren. | Tak |  |
|  | Wbudowany manometr do pomiaru podciśnienia ze skalą w mmHg i bar | Tak |  |
|  | Pojemnik wielorazowy, nietłukący z podziałką o pojemności 1000 ml z potrójnym zabezpieczeniem przed przepełnieniem. | Tak |  |
|  | Pojemnik z filtrem hydrofobowym antybakteryjnym.Na wyposażeniu min. 10 szt. filtra antybakteryjnego. | Tak, podać |  |
|  | Dren silikonowy do pacjenta Ø 6 mm z łącznikiem do cewników o długości min. 1.3 m | Tak, podać |  |
|  | Wysokie bezpieczeństwo użytkowania dzięki systemowi bezpośredniego dokowania (DDS) - brak drenu łączącego ssak z pojemnikiem na płyny | Tak |  |
|  | Wymiary urządzenia (szer. x głęb. x wys.) 255mm x 180mm x 250mm (+/- 10mm) | Tak, podać |  |
|  | Waga urządzenia nie większa niż 3,5 kg  | Tak, podać |  |
|  | Poziom hałasu max. 50 dB(A) | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie 230V ~ 50/60 Hz | Tak |  |
|  | Klasa zabezpieczenia II, typ BF | Tak |  |
|  | GWARANCJA I SERWIS |  |  |
| 1. | Okres gwarancji min. 24 miesiące – proszę podać oferowany okres gwarancji | TAK |  |
| 2. | Proszę podać adres oraz numer telefonu / e-mail najbliższego dla siedziby Zamawiającego punktu serwisowego  | TAK |  |

**UWAGA: Zestawienie MUSI być podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy i dołączone do oferty. Zaleca się, aby przy podpisywaniu oferty zaznaczyć opcję widoczności podpisu**.