Znak sprawy: SZP.242…..2023 Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PAKIET 8 - Próżniowy zestaw do leczenia zakażonych ran (VAC) – 1 sztuka** | | |
| **WYPEŁNIA WYKONAWCA:**  Nazwa oferowanego przedmiotu zamówienia: ………………………………………………………..….  …………………………………………………………………………………………………………..……….……  Producent/kraj pochodzenia……………………….………………………………..………..……..…………  typ/model/seria…………………………….………………………………………………………..….…...……  Rok produkcji 2023 | | |
| **Lp.** | * 1. **Opis parametrów** | **Parametry techniczne wymagane** |
| 1. | Urządzenie z możliwością pracy stacjonarnej oraz mobilnej | Tak |
| 2. | Aparat zasilany elektrycznie z sieci 230 V | Tak |
| 3. | Waga urządzenia bez zbiornika max. do 1,5 kg | Tak |
| 4. | Wbudowany akumulator do zasilania awaryjnego na min. 16 godziny pracy | Tak |
| 5. | Wartość podciśnienia regulowana w zakresie min. 20-200 mmHg (regulacja co 5 mmHg) | Tak |
| 6. | Tryb ciągły pracy | Tak |
| 7. | Tryb modulowany pracy z możliwością ustawienia minimalnego podciśnienia na poziomie do 20 mmHg | Tak |
| 8. | System kontroli i automatycznej regulacji zadanego poziomu podciśnienia w ranie | Tak |
| 9. | Funkcja nadzoru elektronicznego z optycznym, piktograficznym  i akustycznym wskazaniem statusu i dotykowym ekranem sterowania w języku polskim  • alarm blokady drenu  • alarm nieszczelności układu  • alarm maksymalnego napełnienia zbiornika  • wskaźnik naładowania baterii  • komunikat o okresie eksploatacji akumulatora  • komunikat ostrzegawczy o uderzeniu  • komunikat o braku aktywności | Tak |
| 10. | Aparat przystosowany do prowadzenia  terapii za pomocą opatrunków piankowych łączonych z urządzeniem dwuświatłowym drenem o długości 180cm zakończonym płaskim portem o wysokości 5 mm z zastosowaniem zbiorników 300 i 800 ml | Tak |
| 11. | Wymiary urządzenia :  Wys. ok. 170 x szer. ok. 210 x ok. gł. 100 mm (+/- 2 ) | Tak |
| 12. | Akumulator wbudowany w aparat: litowo- jonowy 14,4V nominalnie , 2250mAh | Tak |
| 13. | Prędkość swobodnego przepływu pompy : max. 4,5l / min. | Tak |
| 14. | Zasilacz i kabel sieciowy wchodzący w skład zestawu do pompy | Tak |
| 15. | Okresowe kontrole bezpieczeństwa technicznego zgłaszane przez aparat co 2 lata. | Tak |
| **Wymagania dodatkowe:** | | |
| 1. | Okres gwarancji 24/36/60 miesięcy – jest to kryterium oceny ofert | Tak, podać |
| 2. | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat | Tak |
| 3. | Czas reakcji serwisu: 24 godz. od zgłoszenia awarii | Tak |
| 4. | Czas na naprawę usterki do 2 dni roboczych od zgłoszenia awarii, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do 10 dni roboczych | Tak |
| 5. | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia | Tak |
| 6. | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej lub elektronicznej (pendrive lub płyta CD) | Tak |

Wykonawca oświadcza, że zaoferowany próżniowy zestaw do leczenia zakażonych ran jest fabrycznie nowy, wolny od wad fizycznych i prawnych, jest niepowystawowy, nierekondycjonowany, i jest objęty gwarancją producenta, spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 roku o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022.974 ze zmianami), zgodne z międzynarodowymi normami bezpieczeństwa EN i posiada deklarację CE.

Wykonawca oświadcza również, że w/w zestaw jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, a także gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy