**Załącznik nr 1.4 do SWZ**

**Zestaw do szybkiego toczenia krwi– 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis parametrów | Parametr wymagany lub oceniany | Parametr oferowany |
| 1. | **Warunki wstępne** |  |  |
| 2. | Aparaty/urządzenia fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, niepowystawowe, i nieużywane. | Tak |  |
| 3. | Aparaty/urządzenia dostarczone wraz z założonym Paszportem Technicznym:- z wypełnioną w pełni metryką- wpisem o przeprowadzonym uruchomieniu/instalacji przez autoryzowany serwis lub autoryzowanego dostawcę- datą następnego przeglądu | Tak |  |
| 4. |  Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z aparatem/urządzeniem (nie dopuszcza się instrukcji obsługi tylko w wersji elektronicznej, może być jako dodatkowa opcja). | Tak |  |
| 5. | Foldery aparatów/urządzeń, dołączone do oferty, w języku polskim lub w języku obcym z dołączonym tłumaczeniem treści folderu | Tak |  |
| 6. | Kserokopia deklaracji CE. | Tak |  |
| 7. | Producent/Oferent | Podać |  |
| 8. | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 9. | Rok produkcji: 2024 | Tak |  |
| 10. | **Parametry podstawowe** |  |  |
| 11. | Infuzor ciśnieniowy przeznaczony do wytwarzania ciśnienia w workach z płynem infuzyjnym | Tak |  |
| 12. | Możliwość użycia z systemem ogrzewania krwi i płynów | Tak |  |
| 13. | Obsługiwane worki o pojemności 250-1000 ml | Tak |  |
| 14. | Ciśnienie robocze zadane: 300 mmHg | Tak |  |
| 15. | Ciśnienia w ciągu pracy: 230-330 mmHg | Tak |  |
| 16. | Włączenie urządzenia powoduje wypełnienie balonu inflacyjnego i utrzymanie ciśnienia krwi i w workach z płynem infuzyjnym. | Tak |  |
| 17. | Wyłączenie urządzenia powoduje spuszczenie powietrza z balona inflacyjnego. | Tak |  |
| 18. | Prosta obsługa przy użyciu –2 przycisków zasilania komór ciśnieniowych. | Tak |  |
| 19. | Możliwość osobnej regulacji ciśnienia w obu komorach. | Tak |  |
| 20. | Panel urządzenia pokazuje status pracy infuzora:- tryb czuwania- stan pracy- wskaźnik prawidłowego ciśnienia w komorach- alarm w przypadku zbyt wysokiego lub niskiego ciśnienia w komorze | Tak |  |
| 21. | Alarm wizualny i akustyczny w przypadku ciśnienia w komorze powyżej 330 mmHg i poniżej 230 mmHg. | Tak |  |
| 22. | Zasilanie 220-240V AC , 50/60 Hz | Tak |  |
| 23. | Mocowanie urządzenia na stojaku do wlewów dożylnych.Podstawa stojaka - średnica nie większa niż 75 cm, 5 kółek w tym co najmniej 2 z blokadą; wysokość stojaka regulowana. | Tak |  |
| 24. | **Inne istotne informacje** | Tak |  |
| 25. | Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne | Tak |  |
| 26. | Dostawa/montaż/instalacja/uruchomienie | Tak |  |
| 27. | Dokumenty wymagane przy realizacji zamówienia:- Protokół zdawczo-odbiorczy- Lista przeszkolonego personelu- Karta gwarancyjna  | Tak |  |
| 28. | **Warunki gwarancji i serwis** |  |  |
| 29. | Gwarancyjna obsługa serwisowa urządzenia w okresie (miesiące):Wymagane minimum 36 miesięcy. – maksymalnie 60 miesięcy | 36 – 0 pkt.48– 20 pkt. 60 – 40 pkt. |  |
| 30. | Przedmiot gwarancji: wszystkie elementy składowe aparatu/urządzenia (w tym części eksploatacyjne) | Tak |  |
| 31. | Gwarancja obejmuje także:- przeglądy w okresie gwarancji- wymiany/naprawy uszkodzonych części- dojazdy/przejazdy pracowników serwisu- koszty wysyłki, pakowania, ubezpieczenia przesyłki- robociznę- wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych | Tak |  |
| 32. | W okresie gwarancji przegląd serwisowy na koszt dostawcy – co najmniej jeden na 12 miesięcy lub z zgodnie z zaleceniem producenta zakończony wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu.Przegląd serwisowy zawiera:- dojazdy/przejazdy pracowników serwisu- robociznę-wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych (materiały i części eksploatacyjne, zestawy serwisowe /service kit/ itp.) | Tak |  |
| 33. | Przegląd końcowy przed upływem końca gwarancji producenta (na koszt dostawcy) zakończony wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu | Tak |  |
| 34. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.Podać: dokładny adres, telefon, faks, e-mail, adres internetowy (WWW) | Tak, podać |  |
| 35. | W okresie gwarancji przyjmowanie zgłoszeń o usterkach w formie telefonicznej, faksem lub pocztą elektroniczną (e-mail) oraz dokonanie koniecznych napraw, doprowadzających przedmiot umowy do pełnej sprawności – w terminie do 5 dni od chwili jej zgłoszenia. | Tak |  |
| 36. | Liczba napraw tego samego podzespołu powodująca wymianę na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) – 3 | Tak |  |
| 37. | **Szkolenia** |  |  |
| 38. | Szkolenie personelu wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi aparatu, bezpieczeństwa jego użytkowania potwierdzone pisemnym protokołem . | Tak |  |

Wymogiem jest, aby Wykonawca zaoferował urządzenie, o parametrach CO NAJMNIEJ takich, jakie są przedstawione
w rubryce „Opis parametrów”. Niespełnienie tego warunku spowoduje odrzucenie oferty.

**Zaoferowane powyżej parametry wymagane muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty materiałach informacyjnych producenta. Brak potwierdzenia któregokolwiek z parametrów spowoduje odrzucenie oferty.**

W przypadku pojedynczych parametrów, nie występujących w materiałach firmowych, Zamawiający dopuszcza oświadczenie producenta. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł
w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.

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

*(miejscowość, data)*

 ……………………………………………

 *(Dokument należy złożyć w postaci elektronicznej*

*opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym,)*