**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**(PAKIET 2)**

Przedmiot zamówienia: **Inkubator zamknięty**

Ilość sztuk: **1**

Nazwa i typ urządzenia …………………………………………………..…………………………………………..

Producent / kraj …………………………………………………..………………………….………………..

Termin dostawy i montażu od chwili złożenia zamówienia: ……………………………………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie starsze niż 2017 r. Gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
| **Parametry ogólne** |
|  | Spełnia wymagania „CE” | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce | TAK | TAK/NIE\* |
| **Kopuła inkubatora** |
|  | Wygodny dostęp do wnętrza z 4 stron | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Odchylana przednia i tylna ścianka  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Drzwiczki z cichym zamkiem z 4 stron inkubatora | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wymiary materacyka: szerokość przynajmniej 34cm, długość przynajmniej 70 cm | TAK, | TAK/NIE\* Podać……………… |
|  | Otwory – uszczelnione przepusty z wyjmowanymi uszczelkami do wprowadzania rur respiratora, cewników i przewodów monitorowania, przynajmniej 10 niezależnych otworów z uszczelkami | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Podwójne ścianki zapewniające ochronę przed utratą ciepła i zaparowaniem ścianek przy dużej wilgotności powietrza w inkubatorze. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Hałas we wnętrzu <47 dB | TAK | TAK/NIE\*Podać……………… |
|  | Przystosowany do zdjęć rentgenowskich – kaseta z rtg wkładana do szuflady pod materacykiem bez dotykania dziecka. Szuflada wyposażona w podziałkę ułatwiającą pozycjonowanie kasety. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Materacyk wysuwany poza obrys kopuły inkubatora | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Płynna regulacja nachylenia materacyka przynajmniej +/- 120 | TAK | TAK/NIE\*Podać……………… |
|  | Nachylenie materacyka realizowane poza przedziałem pacjenta, pokrętła regulacji nachylenia materacyka po bokach inkubatora | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
| **Podstawa** |
|  | Na kółkach z hamulcami i elektryczną regulacją wysokości | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Wygodne uchwyty do przemieszczania inkubatora | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
| **Regulacja temperatury** |
|  | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury powietrza | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury skóry dziecka | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Zakres regulacji temperatury powietrza min. 200-390C | TAK | TAK/NIE\*Podać……………… |
|  | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury skóry dziecka min. 34-38oC | TAK | TAK/NIE\*Podać……………… |
|  | Zabezpieczenie przez przypadkowym nastawieniem temperatury powietrza i skóry >37° | TAK | TAK/NIE\*Podać……………… |
|  | Możliwość jednoczesnego pomiaru dwóch temperatur skóry  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Jednoczesne wyświetlanie obydwu zmierzonych temperatur pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ekran trendów dla porównania zmian na jednym wykresie temperatury centralnej i obwodowej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | W komplecie 20 jednorazowych czujników temperatury skóry i 50 plasterków do mocowania czujnika | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Tryb kangurowania – zliczający czas kangurowania, oraz automatycznie utrzymujący stabilne środowisko pod kopułą w czasie nieobecności pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |
| **Nawilżanie powietrza** |
|  | Bezpieczny nawilżacz: zbiornik, komora parownika oraz przewód doprowadzenia pary do przedziału pacjenta w całości demontowane bez użycia narzędzi, w celu sterylizacji  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Automatyczne utrzymywanie zadanej wilgotności powietrza, w zakresie min. 30-95% programowane co 1% | TAK | TAK/NIE\*Podać……………… |
|  | Świetlny i dźwiękowy alarm braku wody | TAK | TAK/NIE\* |
| **System kontroli kondensacji** |
|  | Wbudowany w inkubator system gromadzenia skroplin | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zewnętrzny zbiornik z filtrem  | TAK | TAK/NIE\* |
| **Tlenoterapia** |
|  | Inkubator wyposażony w serwosystem sterowania stężeniem tlenu pod kopułą | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Programowanie stężenia tlenu pod kopułą w zakresie min. 21-65% programowane co 1% | TAK | TAK/NIE\*Podać……………… |
|  | Świetlny i dźwiękowy alarm niskiego i wysokiego stężenia | TAK | TAK/NIE\* |
| **Wbudowana waga** |
|  | Pomiar masy ciała pacjentów w zakresie min od 300 do 7000g | TAK | TAK/NIE\*Podać……………… |
|  | Rozdzielczość wyświetlania masy ciała – min.10g | TAK | TAK/NIE\* |
| **Wyposażenie** |
|  | Wieszak na giętkim ramieniu do mocowania rur respiratora/CPAP wewnątrz inkubatora przymocowany do tacy materacyka – podczas wysuwania materacyka wyjeżdża razem z nim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Kołderka/osłona inkubatora przystosowana do prowadzenia fototerapii | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Min. 1 szafka na akcesoria | TAK | TAK/NIE\*Podać……………… |
|  | Wysięgnik na kroplówki zintegrowany z inkubatorem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Półka na monitor zintegrowana z inkubatorem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Noworodkowa lampka diagnostyczna LED o wysoce wydajnym oświetleniu o regulowanej intensywności oświetlenia na pięciu poziomach od 6500 do 30 000 luksów. Urządzenie przygotowane do obsługi jedną ręką, wyposażone w funkcje regulacji temperatury barwowej, o masie 1,5 kg (+/- 1 kg). | TAK | TAK/NIE\*Podać……………… |
|  | Ssak, regulator próżni mocowany na szynie, do odsysania wraz z jednorazowymi wkładami o poj. 700 ml,- 25 szt. oraz dren do odsysania. | TAK | TAK/NIE\* |
| **Układy alarmowe** |
|  | Sygnalizacja świetlna pozwalająca łatwo odróżnić alarmujący inkubator z większej odległości | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Jednoznaczna informacja o przyczynie alarmu, podać sposób realizacji | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Świetlny i dźwiękowy alarm wzrostu i spadku temperatury powietrza i skóry | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Alarmy techniczne sygnalizujące uszkodzenie lub odłączenie | TAK | TAK/NIE\* |
| **Parametry punktowane** |
|  | Szafka na akcesoria, zintegrowana w podstawie składająca się z min. 3 szuflad | TAK | TAK/NIE\*Podać……………… |
|  | Kalibracja czujnika tlenu w 21% | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Automatyczna kurtyna powietrzna | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obsługa serwisowa świadczona min. 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku | TAK | TAK/NIE\*podać………… |
|  | Wykonawca zapewnia świadczenie usług serwisowych przez autoryzowane przez producenta punkty serwisowe.Siedziba serwisu - dokładny adres i nr telefonu.  | Tak, podać | Adres: …………………………………………………………Telefon: ……………………………e-mail: …………………………… |
|  | W ramach gwarancji przegląd serwisowy urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia.
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo.
* Oświadczamy, że cena oferty przetargowej zawiera koszty związane z montażem urządzenia.
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy