**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 4 – Aparat do ogrzewania pacjenta – 4 SZTUKI**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta ………………………….…

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

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

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis/****oferowany parametr/****odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Zasilanie 220-230 V, 50/60 Hz | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Aparat wyposażony w zaczep na przewód grzewczy chroniący go przed zaginaniem  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Długość przewodu grzewczego min 1,5 metra | TAK | TAK/NIE\*podać…………..  |
|  | Giętki przewód grzewczy wzmocniony drutem (nie utrudniający dostępu do pacjenta)  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Podstawa jezdna do aparatu (wózek 2 koła z blokadą z koszykiem na kołdry)  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość zamocowania aparatu na zwykłym stojaku do kroplówek; łóżku pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Urządzenie zabezpieczone filtrem antywirusowym i antybakteryjnym o wysokiej skuteczności filtracji (HEPA), minimum 99,97% przy wielkości cząstek 0,3 mikrona | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | 5 zakresów temperaturfunkcja "boost" - 47°C (po 45 min. automatycznie przełączany na zakres 45ºC)wysoki – 45°Cśredni – 40°Cniski – 34°Ctemperatura otoczenia | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Minimalny wymagany przepływ /wydajność urządzenia/ 1400 l na min. | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Kontrola przegrzania urządzenia powyżej zaprogramowanej wartości temperatury – alarm optyczny i akustyczny + automatyczne wyłączenie grzałki  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Waga urządzenia max 5,5 kg bez podstawy jezdnej. | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | Licznik wskazujący ilość dni oraz ilość roboczogodzin pozostałą do wymiany filtra. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wyświetlacz LCD z możliwością wyświetlania temperatury powietrza wpływającego do przewodu grzewczego. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Dokładność wyświetlanej temperatury +/- 1 °C. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Dostępne kołdry (koce) ogrzewające pacjenta w kilku rozmiarach, dostosowane do różnego rodzaju potrzeb (koce na dolną część ciała; koce na górną część ciała; koce na całe ciało; koce sterylne śródoperacyjne, koce dostępu chirurgicznego). Koce powinny posiadać otwory do podłączenia przewodu grzewczego. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Koce wykonane z wielowarstwowej tkaniny odpornej na rozdarcie, przebicie i zamoczenie. Materiał nie zawiera lateksu. Materiał radioprzezierny, bez konieczności usuwania koca z ciała pacjenta przy wykonywaniu badań obrazowych. Materiał perforowany umożliwia równomierny, swobodny przepływ powietrza (bez kanałów sterujących przepływem powietrza). Zewnętrzna warstwa wykonana z nietkanego tworzywa, co eliminuje możliwość kontaktu rozgrzanych powierzchni ze skórą pacjenta. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Przewód zasilający minimum 4 metry | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | W zestawie opakowanie kocy na całe ciało dla dorosłych – min. 25 szt. na każde urządzenie. | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Wartość/opis/oferowany parametr/odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych
* 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, fabrycznie nowy z min. 2017 roku 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, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.
* Oświadczamy, iż przy dostawie przedmiotu zamówienia zostanie dostarczona instrukcja obsługi w języku polskim

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy