**Załącznik nr 2g do Zaproszenia**

**Załącznik nr …. do umowy**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Zestawienie parametrów i warunków technicznych)**

**ZADANIE NR 7**

**Czytnik do pasków pacjenta – 15 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca/Producent**  |  |
| **Nazwa – model/typ** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji 2020r.** |  |
| **Lp.** | **Czytnik do pasków pacjenta** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Obsługiwane kody kreskowe: 1D | TAK |  |
| 2. | Kabel USB /baza prezentacyjna | TAK |  |
| 3. | Kolor  | TAK |  |
| 4. | Temperatura pracy od 0°C do 50°C | TAK |  |
| 5. | Bezpieczny upadek na twarda powierzchnię z wysokości 1,5 m | TAK |  |
| 6. | Dopuszczalna wilgotność otoczenia od 5% do 95% | TAK |  |
| 7. | Typ skanera: imager 2D  | TAK |  |
| 8. | Norma odporności: IP42 | TAK |  |
| 9. | Dostępne interfejsy: USB, KBW (PS/2), RS-232 | TAK |  |
| 10. | Zasięg odczytu do min. 36,8 cm | TAK |  |
| 11. | Zasięg pracy od bazy komunikacyjno – ładującej min. 10m | TAK |  |
| 12. | Sygnalizacja odczytu dźwiękowa i świetlna | TAK |  |
| 13. | Tolerancja ruchu 13cm/s | TAK |  |
| 10.  | **Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć****przy dostawie)** | TAK |  |
| 11. | **Karta gwarancyjna (załączyć przy dostawie)** | TAK |  |
| 12. | **Gwarancja: min 24 miesiące licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy** | TAK |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w kraju prowadzi………………………..…………………………(uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z ww. parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

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

Wykonawca