**EZ/214/2020/KŁ**

**Załącznik nr 2e do SIWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane parametry techniczno-funkcjonalne)**

**PAKIET NR 5**

* **Aparat do hemodializy z rękawem do mierzenia ciśnienia – 2 szt**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** |  |
| **Nazwa-model/typ** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji min. 2020r.** |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych**  | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2020 | Tak, podać |  |
| 2 | Zamknięty obieg do automatycznej dezynfekcji aparatu HD i wszystkich jego elementów | Tak, podać |  |
| 3 | Możliwość rozszerzenia progów alarmowych zabiegu z poziomu pielęgniarki | Tak, podać |  |
| 4 | Automatyczny pomiar klirensu mocznika metodą „on-line”  | Tak, podać |  |
| 5 | Automatyczne profilowanie sodu i ultrafiltracji. | Tak, podać |  |
| 6 | Ciągły lub objętościowy pomiar ultrafiltracji, kontrolowana w sposób ciągły ultrafiltracja | Tak, podać |  |
| 7 | Zintegrowany rękaw do pomiaru ciśnienia krwi pacjenta – monitor ciśnienia krwi | Tak, podać |  |
| 8 | Przepływ dializatu od 300 - 800 ml/min | Tak, podać |  |
| 9 | Automatyczne testowanie przed i w trakcie zabiegu dializy  | Tak, podać |  |
| 10 | Płynna regulacja przepływu pompy krwi w zakresie od 20 – 600 ml/min | Tak, podać |  |
| 11 | Możliwość realizacji dializy jednogłowej metodą *(click – clack)* | Tak, podać |  |
| 12 | Pompa heparyny z możliwością automatycznego podania żądanego „bolusa”  | Tak, podać |  |
| 13 | Ultrafiltracja sekwencyjna (ISO UF) – sucha bez dializatu | Tak, podać |  |
| 14 | Łatwo dostępny punkt pobrania próbki dializatu do analizy, bez konieczności przestawienia aparatu | Tak, podać |  |
| 15 | Możliwość realizacji dializy na dializatorze wysokoprzepływowym | Tak, podać |  |
| 16 | Programy dezynfekcji chemicznej z procedurą podgrzewania środka dezynfekcyjnego | Tak, podać |  |
| 17 | Graficzny podgląd istotnych stanów pracy urządzenia | Tak, podać |  |
| 18 | Centralny system blokowania kół | Tak, podać |  |
| 19 | Opcja do wytwarzania koncentratu dwuwęglanowego z suchego składnika na jeden zabieg HD | Tak, podać |  |
| 20 | Filtracja płynu dializacyjnego (ultraczysty dializat ) | Tak, podać |  |
| 21 | Możliwość współpracy z systemem komputerowym centralnym | Tak, podać |  |
| 22 | Świadectwo dopuszczenia do stosowania w Polsce  | Tak, podać |  |
| 23 | Oprogramowanie i komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | Tak, podać |  |
| 24 | Pomiar ultrafiltracji niewymagający częstej kalibracji (max. raz na rok) | Tak, podać |  |
| 25 | Filtr wody uzdatnionej lub dializatu | Tak, podać |  |
| 26 | Łatwo dostępny punkt pobrania próbki dializatu do analizy | Tak, podać |  |
| 27 | Graficzny ekran , nie emitujący promieniowania | Tak, podać |  |
| 28 | Łatwość utrzymania aparatu w czystości | Tak, podać |  |
| 29 | Podgląd efektywnego przepływu krwi | Tak, podać |  |
| 30 | Funkcja podłączenia środka dezynfekcyjnego na bazie chloru | Tak, podać |  |
| 31 | Bateria, która w przypadku braku zasilania z sieci energetycznej zapewni pracę aparatu przez co najmniej 15 min. | Tak, podać |  |
| 32 | Pomiar adekwatności dializy w trakcie trwania zabiegu | Tak, podać |  |
| **Informacje dodatkowe** |
| 33 | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie), zgodnie z zaleceniami producenta. | Min. 1 na 2lata |  |
| 34 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 35 | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 36 | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 37 | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 38 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 39 | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 40 | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 41 | Deklaracja zgodności / certyfikat CE zgodnie z klasą wyrobu medycznego | Tak, |  |
| 42 | Szkolenie pracowników | Tak |  |
| 43 | Karta gwarancyjna | TAKzałączyć przy dostawie |  |
| 44 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAKzałączyć przy dostawie |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **Dodatkowy okres** gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *(dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.38 SIWZ.)* |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny 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