**EZ/ZP/18/2021/MW**

Załącznik nr 2g do SIWZ

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane parametry techniczno-funkcjonalne)**

**PAKIET NR 7**

**Analizator do krzepliwości krwi -1 szt.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** | | |  | | | |
| **Nazwa-model/typ** | | |  | | | |
| **Kraj pochodzenia** | | |  | | | |
| **Rok produkcji min. 2020 r.** | | | | | | |
| **Lp.** | | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | | | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **Analizator do krzepliwości krwi – 1 szt.** | | | | | | |
| 1 | Aparat przenośny | | | TAK | |  |
| 2 | Wbudowane ładowalne baterie na wypadek braku zasilania | | | TAK | |  |
| 3 | Złącze LIS przez port Ethernet do danych testowych | | | TAK | |  |
| 4 | Wydruk wyników za pomocą zewnętrznej drukarki | | | TAK | |  |
| 5 | Pamięć: 300 wyników testów i 12 wyników testów QC | | | Tak, podać | |  |
| 6 | Wyświetlacz: kolorowy ekran dotykowy | | | Tak, podać | |  |
| 7 | Zasilanie: Wejście adaptera: 100-240 V AC, 50/60 Hz, 0,5 A. Maksymalne wejście adaptera: 9V, 2A | | | Tak, podać | |  |
| 8 | Pobór mocy: 9V, 18W | | | Tak, podać | |  |
| 9 | Wymiary urządzenia 220x175x130 mm (±5 cm) | | | Tak, podać | |  |
| 10 | Waga urządzenia bez baterii do 850 g. (±50 g.) | | | Tak, podać | |  |
| 11 | Rodzaje testów: PT(INR)/APTT/ACT/TT/FIB | | | Tak, podać | |  |
| 12 | Czas badania ≤5 minut | | | Tak, podać | |  |
| 13 | Typ próbki : krew pełna żylna na cytrynian | | | TAK | |  |
| **Akcesoria dodatkowe** | | | | | | |
| 1 | Zestaw testów – 5 opakowań | | | TAK | |  |
| **POZOSTAŁE WARUNKI** | | | | | | |
| Karta gwarancyjna | | | | TAK  załączyć  przy dostawie | |  |
| Okres gwarancji minimum 24 miesiące | | | | TAK | |  |
| Instrukcja obsługi w języku polskim | | | | TAK  załączyć przy dostawie | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Okres gwarancji minimum 24 miesięcy 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.36 SIWZ.)* |

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

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w 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.