**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**PAKIET NR 8**

**URZĄDZENIE DO DEZYNFEKCJI MEDOTĄ “SUCHĄ – BEZDOTYKOWĄ” – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** | |  | |
| **Nazwa-model/typ** | |  | |
| **Kraj pochodzenia** | |  | |
| **Rok produkcji min. 2020 r.** | |  | |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Metoda dezynfekcji poprzez podawanie środka dezynfekcyjnego w postaci gęstej suchej mgły, kropelki wielkości około 1 mikrona. | Tak |  |
| 2. | Dezynfekcja tzw. na sucho bez potrzeby wycierania powierzchni i bez konieczności wynoszenia urządzeń medycznych takich jak: defibrylator, respirator itp. | Tak |  |
| 3. | Płyn używany do dezynfekcji na bazie nadtlenku wodoru. | Tak |  |
| 4. | Płyn używany do dezynfekcji jest wyrobem medycznym klasy IIA | Tak |  |
| 5. | Wielkość pojemników na płyn dezynfekcyjny 1 L. | Tak |  |
| 6. | Możliwość stosowania kontrolnych pasków testowych w celu weryfikacji trudnodostępnych miejsc. | Tak |  |
| 7. | Brak konieczności przygotowania pomieszczeń do przeprowadzenia dezynfekcji. | Tak |  |
| 8. | Brak potrzeby nagrzewania urządzenia przed wykonaniem procesu dezynfekcji. | Tak |  |
| 9. | Opcje wykonywanych dezynfekcji:  - dezynfekcja pełna wykonywana w przypadku kontaktu z patogenem (zużycie środka dezynfekującego  maksymalnie do 4 ml na 1m3 ± 5%),  - dezynfekcja profilaktyczna (zużycie środka dezynfekującego maksymalnie do 1 ml na 1m3± 5%). | Tak |  |
| 10. | Możliwość programowania dwóch trybów uruchamiania urządzenia:  - natychmiastowy start  - opóźniony start (umożliwiający opuszczenie pomieszczenia osobie obsługującej urządzenie). | Tak |  |
| 11. | Wbudowana pamięć wewnętrzna pozwalająca na archiwizację przeprowadzonych dezynfekcji łącznie z możliwości wprowadzenia identyfikacji pomieszczeń lub ambulansów do pamięci urządzenia. | Tak |  |
| 12. | Oprogramowanie do raportowania dezynfekcji. | Tak |  |
| 13. | Połączenie USB (kompatybilne z 2.0 i 3.0). | Tak |  |
| 14. | Urządzenie do dezynfekcji wyprodukowane przez podmiot który ustanowił i utrzymuje system zarządzania jakością w zakresie produkcji zgodnie z ISO 9001 lub równoważną. | Tak |  |
| 15. | Brak konieczności wykonywania przeglądów okresowych, wymiana filtra powietrza minimum co 5 lat. | Tak |  |
| 16. | Uchwyt teleskopowy ułatwiający transport urządzenia. | Tak |  |
| 17. | Konstrukcja ze stali nierdzewnej | Tak |  |
| **POZOSTAŁE WARUNKI** | | | |
| 18. | Karta gwarancyjna | Tak |  |
| 19. | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 SWZ)* |

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