**EZ/151/2021/ESŁ**

**Załącznik nr 2.11 do SWZ**

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(wymagane minimalne parametry techniczno-funkcjonalne)**

**Pakiet nr 11 – Miernik bilirubiny - 1 szt.**

**Producent**  ........................................................................................................

**Nazwa-model/typ** ............................................................................................

**Kraj pochodzenia** .............................................................................................

**Rok produkcji** ..................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych parametrów technicznych** | **Parametry i wartości wymagane** | **PARAMETRY OFEROWANE: Potwierdzenie Wykonawcy TAK lub opis parametrów oferowanych/ podać zakresy/ opisać** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, min. 2021 rok produkcji | TAKpodać |  |
| 2 | Nieinwazyjny miernik żółtaczki noworodkowej dla noworodków i wcześniaków | TAK |  |
| 3 | Urządzenie przeznaczone do stosowania przed, w trakcie i po zakończeniu fototerapii | TAK |  |
| 4 | Pojemność akumulatora pozwalająca na wykonanie przynajmniej 250 pojedynczych pomiarów po pełnym naładowaniu | TAK |  |
| 5 | Średni błąd pomiarowy maks. +/- 1,5 mg/dl (+/- 25,5 μmol/L) dla pacjentów >35 tygodnia wieku ciążowego | TAK |  |
| 6 | Średni błąd pomiarowy maks. +/- 1,6 mg/dl (+/- 27,4 μmol/L) dla pacjentów 24-35 tygodnia wieku ciążowego | TAK |  |
| 7 | Średni błąd pomiarowy po fototerapii nie większy niż ± 2,3 mg/dL lub ± 39,00 mol/L | TAK |  |
| 8 | Zakres pomiarowy min. 0,0 do 20,0 mg/dL (0 do 340 μmol/L) | TAKpodać |  |
| 9 | Masa z akumulatorem < 230g | TAKpodać |  |
| 10 | Urządzenie wyposażone w stację dokującą | TAK |  |
| 11 | Urządzenie wyposażone w port komunikacji USB | TAK |  |
| 12 | Urządzenie wyposażone w lampę ksenonową zapewniającą min. 150 000 pomiarów | TAK |  |
| 13 | Urządzenie wyposażone w ekran dotykowy | TAK |  |
| 14 | Urządzenie wyposażone w skaner kodów kreskowych – na potrzeby rejestracji pomiarów pacjentów w historii urządzenia | TAK |  |
| 15 | Pamięć min. 100 pomiarów | TAK |  |
| 16 | Zasilacz 220V | TAK |  |
| 17 | Możliwość transmisji danych przez złącze USB protokół HL-7 i CSV | TAK |  |
| 18 | Niezbędne akcesoria do wykonania min. 1000 pomiarów łącznie z kalibracją lub testowaniem prawidłowości kalibracji | TAK |  |
| 19 | Oprogramowanie do automatycznego zapisu pomiarów w komputerze PC | TAK |  |
| 20 | Film instruktarzowy w języku polskim na płycie CD *(załączyć wraz z dostawą urządzenia* | TAK |  |
| 21 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK |  |
| **Pozostałe warunki** |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | Tak |  |
| 2 | Karta gwarancyjna w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | Tak |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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.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.