**EZ/69/2022/MK**

Załącznik nr 2b do Zaproszenia

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

**Urządzenie do monitorowania zawartości wodoru w wydychanym powietrzu-1szt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **WYMAGANE MINIMALNE**  **PARAMETRY TECHNICZNE** | **WYMOGI GRANICZNE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1 | Producent/Model | Podać |  |
| 2 | Temperatura i wilgotność pracy 15-35oC, 15-90% | Podać |  |
| 3 | Zakres pomiarowy stężeń 0-500ppm | Tak,podać |  |
| 4 | Dokładność odczytu +/-3ppm/10% | Tak,podać |  |
| 5 | Możliwość pobrania próbki oddechowej za pomocą ustnika lub maski | Tak |  |
| 6 | Gniazdo USB do synchronizacji oprogramowania z aparatem | Tak |  |
| 7 | W pamięci wewnętrznej zdefiniowane 6 standardowych protokołów testów oddechowych | Tak, podać |  |
| 8 | Zapis do 10 pacjentów w pamięci wewnętrznej aparatu | Tak |  |
| 9 | Wbudowany protokoły badawczy z timerem odliczającym czas do następnego pomiaru | Tak |  |
| 10 | Bezpłatne oprogramowanie w polskiej wersji językowej | Tak |  |
| 11 | Systemowe komunikaty przyponające o terminie kalibracji i wymianie D-adaptera | Tak |  |
| 12 | Obudowa wykonana w technologii zapeniajacej ochrone przed zakażeniem | Tak |  |
| 13 | Kolorowy monitor dotykowy | TaK |  |
| 14 | Oprogramowanie z polska wersją językową | Tak |  |
| 15 | Przypisywanie zapisanym pacjentom predefiniowanych lub zdefiniowanych przez użytkownika protokołówtestu oddechowwgo | Tak |  |
| 16 | Równiczesne przeprowadzenie testów oddechowych dla zdefiniowanych grupy pacjentów | Tak |  |
| 17 | Zapisanie wyników testów oddechowych wybranych pacjentów | Tak |  |
| 18 | Pomiar za pomocą czujnika elektochemicznego | Tak |  |
| 19 | Zapisywanie danych demograficznych pacjenta | Tak |  |
| 20 | Zapisywaniw wyników badań | Tak |  |
| 21 | Wydruk wyników badań w ujęciu tabelarycznym i w postaci wykresów | Tak |  |
| 22 | Wprowadzanie opisu wyników badań i komentarzy | Tak |  |
| 23 | Możliwość definiowania własnych protokołów | Tak |  |
| 24 | Gwatancja min.24 miesiące | Tak |  |
| 25 | \*Numer certyfikatu lub deklatracji | Podać |  |

*\*Wykonawca zobowiązany jest wskazać nr certyfikatu i okres ważności oraz podmiot na rzecz którego został wystawiony, w przypadku deklaracji datę wystawienia oraz nazwę wystawcy (firma, siedziba) lub w przypadku gdy dla danego produktu nie ma zastosowania ustawa o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. (Dz.U. z 2021, poz.1565) stosowne oświadczenie.*

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.