**EZ/162/2023/EK**

**Załącznik nr 2.3 do SWZ**

**Załącznik nr ......... do Umowy**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet nr 3**

**Laktator elektryczny przeznaczony do użytku szpitalnego - 19 szt.**

Producent …………………………………………………………………………………..

Dostawca ………………………………………………………..

Nazwa produktu / Model / Typ / Nr katalogowy ……………………………………..…………………

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Wymagana odpowiedź****Tak/ Nie** | **Opis parametrów oferowanych** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe  | TAK  |  |
| 2. | Rok produkcji: 2023 | TAK, PODAĆ |  |
| 3. | zarejestrowany, jako wyrób medyczny do pracy z wieloma matkami | TAK, PODAĆ nrcertyfikatu WE lub / i deklaracji zgodności |  |
| 4. | tryb stymulacji i tryb odciągania zasadniczego | TAK |  |
| 5. | parametry w trybie stymulacji regulowane w zakresie:podciśnienie 30 - 150 mbarrytm pracy 72 - 120 cykli na minutę | TAK, PODAĆ |  |
| 6. | parametry w trybie odciągania zasadniczego regulowane w zakresie:podciśnienie 30 - 330 mbarrytm pracy 30 - 60 cykli na minutę | TAK, PODAĆ |  |
| 7. | waga laktatora, bez podstawy jezdnej – 3 kg | TAK, PODAĆ |  |
| 8. | podstawa jezdna wyposażona w system hamowania co najmniej na 2 kołach | TAK |  |
| 9. | możliwość zastosowania akcesoriów wielorazowych oraz do ograniczonej liczby użyć | TAK |  |
| 10. | mechaniczna separacja mediów umiejscowiona pomiędzy akcesoriami wchodzącymi w kontakt z pokarmem, a drenem umożliwiająca prowadzenie dezynfekcji termicznej po każdorazowym użyciu dla wszystkich rodzajów końcówek osobistych | TAK, PODAĆ |  |
| 11. | możliwość zastosowania różnych rozmiarów lejków | TAK |  |
| 12. | długość kabla zasilającego – 3 m | TAK, PODAĆ |  |
| 13. | zasilanie elektryczne 100-230V / 50-60 Hz | TAK |  |
| 14. | duży, czytelny wyświetlacz kolorowy z opcją przyciemniania | TAK |  |
| 15. | wyposażony w uchwyt na co najmniej dwie butelki | TAK |  |
| 16. | wbudowany zegar umożliwiający pomiar czasu odciągania pokarmu | TAK |  |
| 17. | łatwy do mycia i dezynfekcji powierzchniowej | TAK |  |
| 18. | Okres gwarancji minimum 36 miesięcy licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 36 miesięcy gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.35 SWZ* |
| 19. | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 20. | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |

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.

**Laktator elektryczny przeznaczony do użytku szpitalnego - 12 szt.**

Producent …………………………………………………………………………………..

Dostawca ………………………………………………………..

Nazwa produktu / Model / Typ / Nr katalogowy ……………………………………..…………………

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Wymagana odpowiedź****Tak/ Nie** | **Opis parametrów oferowanych** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe  | TAK  |  |
| 2. | Rok produkcji: 2023 | TAK, PODAĆ |  |
| 3. | zarejestrowany, jako wyrób medyczny do pracy z wieloma matkami | TAK, PODAĆ nrcertyfikatu WE lub / i deklaracji zgodności |  |
| 4. | tryb stymulacji i tryb odciągania zasadniczego | TAK |  |
| 5. | parametry w trybie stymulacji regulowane w zakresie:podciśnienie 30 - 150 mbarrytm pracy 72 - 120 cykli na minutę | TAK, PODAĆ |  |
| 6. | parametry w trybie odciągania zasadniczego regulowane w zakresie:podciśnienie 30 - 330 mbarrytm pracy 30 - 60 cykli na minutę | TAK, PODAĆ |  |
| 7. | waga laktatora 1 kg (+/- 5%) | TAK, PODAĆ |  |
| 8. | program „power pumping” do stymulacji laktacji | TAK |  |
| 9. | możliwość zastosowania akcesoriów wielorazowych oraz do ograniczonej liczby użyć | TAK |  |
| 10. | mechaniczna separacja mediów umiejscowiona pomiędzy akcesoriami wchodzącymi w kontakt z pokarmem, a drenem umożliwiająca prowadzenie dezynfekcji termicznej po każdorazowym użyciu dla wszystkich rodzajów końcówek osobistych | TAK, PODAĆ |  |
| 11. | możliwość zastosowania różnych rozmiarów lejków | TAK |  |
| 12. | możliwość pracy na akumulatorze | TAK, PODAĆ |  |
| 13. | zasilanie elektryczne 100-230V / 50-60 Hz | TAK, PODAĆ |  |
| 14. | intuicyjny interfejs dotykowy jako panel sterowania | TAK |  |
| 15. | wyposażony w uchwyt na co najmniej dwie butelki | TAK |  |
| 16. | wbudowany zegar umożliwiający pomiar czasu odciągania pokarmu | TAK |  |
| 17. | łatwy do mycia i dezynfekcji powierzchniowej | TAK |  |
| 22. | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.35 SWZ* |
| 23. | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |
| 24. | Karta gwarancyjna *(załączyć wraz z dostawą sprzętu)* | TAK |  |

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.