**EZ/170/2024/ES**

Załącznik nr 2a do Zaproszenia

(Załącznik nr … do umowy)

**Pakiet nr 1 – Aparat monitor składu ciała**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane parametry techniczno-funkcjonalne)**

**Aparat monitor składu ciała - 1 szt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | **Wymogi graniczne** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model / Typ/ Nr kat | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2024 | Tak, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | **Wymaganie** | **Potwierdzenie parametrów wymaganych** |
| 1. 1 | Pomiar oparty na nieinwazyjnej i dokładnej metodzie spektroskopii bioimpedancyjnej z użyciem 4 elektrod paskowych zakładanych pacjentowi na kończyny. | TAK |  |
| 1. 2 | Pomiar przewodnienia (OH) (przed/podializacyjnego) | TAK |  |
| 1. 3 | Pomiar Indeksu tkanki beztłuszczowej (LTI) | TAK |  |
| 1. 4 | Pomiar Indeksu tkanki tłuszczowej (FTI) | TAK |  |
| 1. 5 | Pomiar Całkowitej wody ciała (TBW) | TAK |  |
| 1. 6 | Pomiar Objętości dystrybucji mocznika (V) | TAK |  |
| 1. 7 | Pomiar wody zewnątrzkomórkowej (ECW) | TAK |  |
| 1. 8 | Pomiar wody wewnątrzkomórkowej (ICW) | TAK |  |
| 1. 11 | Pomiar masy tkanki beztłuszczowej (kg i %) | TAK |  |
| 1. 12 | Pomiar masy tłuszczu (kg) , Masa tkanki tłuszczowej [kg] i [%] | TAK |  |
| 1. 13 | Pomiar masy komórek ciała (kg) | TAK |  |
| 1. 14 | Podawanie danych na wyświetlaczu LCD | TAK |  |
|  | Waga maksymalna aparatu 2kg. | TAK |  |
|  | Bateria litowo-jonowa, pojemność 5 godzin | TAK |  |
| 1. 15 | Zasilanie 100-240V AC, 50-60 Hz | TAK |  |
| 1. 22 | Warunki pracy – 0-35ºC, wilgotność 30-70% | TAK |  |
| 1. 23 | Klasa produktu medycznego IIa | TAK |  |
| 1. 26 | Zakres częstotliwości pomiaru – 50 oddzielnych częstotliwości w zakresie 5 – 1000 kHz | TAK |  |
|  | Wysokość maksymalnie 20cm , maksymalnie szerokość 20cm , maksymalnie długość 30cm. | TAK |  |
|  | Obsługa w języku angielskim i niemieckim -do wyboru jeden z dwóch. | TAK |  |
|  | Dostawa sprzętu do Zamawiającego, montaż  oraz szkolenie personelu | TAK |  |
| 1. 27 | Okres pełnej gwarancji min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Elektrody do aparatu (1 op.) | TAK |  |
|  | Czytnik kart do aparatu 1szt | TAK |  |
|  | Program na komputer kompatybilny z aparatem 1szt | TAK |  |
|  | Karty pacjenta do aparatu (1op.) | 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.