**Znak sprawy: EZ/7/2026/MW**

**Załącznik nr 2.1 do SWZ**

*(Załącznik nr ………. do umowy)*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-FUNKCJONALNYCH**

**Pakiet nr 1 – Urządzenie do autotransfuzji cell saver– 1 kpl.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent** |  |
| **Nazwa / model / typ / nr katalogowy** |  |
| **Rok produkcji (min. 2025 r.)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
|  | Zasilanie 230V/50Hz | Tak |  |
|  | Protokoły pracy.: preoperacyjny – sekwestracji osocza(bogat- i ubogopłytkowa), śródoperacyjny, pooperacyjny, tryb  „Emergency”, oraz możliwość modyfikacji każdego z nich pod swoje potrzeby. | Tak |  |
|  | Wskaźnik hematokrytu: min 60-65% | Tak, podać |  |
|  | Wskaźnik poziomu usuwania heparyny,  protein, albumin, potasu: >95% | Tak, podać |  |
|  | Czas pojedynczego procesu: <4min | Tak, podać |  |
|  | Automatyczna aplikacja linii drenów | Tak |  |
|  | Pomiary min:  - Hct w układzie wejściowym i wyjściowym (0-  70%)  - czerwonych krwinek: punktowy i wielopunktowy | Tak, podać |  |
|  | Czujnik obecności powietrza | Tak |  |
|  | Pompa próżniowa:  - system modułowy  - od -50 mmHg do -500 mmHg (co 10 mmHg)  sródoperacyjnie i pooperacyjnie  - od -10 mmHg do -100 mmHg (co 10 mmHg)  sródoperacyjnie i pooperacyjnie  - dokładność -10/+30 mmHg - sterowanie  panelem dotykowym o przekątnej min. 8’’  - możliwość pracy jako oddzielane urządzenie | Tak, podać |  |
|  | Możliwość pracy z różnymi pojemnościami układów czynnych pompy perystaltycznej min:  55, 125, 175, 225ml – zestawy ogólne i do kardiochirurgii. | Tak, podać |  |
|  | System alarmów informujący co najmniej o:  - pustym zbiorniki na krew  - pustym zbiorniku przemywania  - pełnym zbiorniku krwinek czerwonych  - pełnym zbiorniku na odpady | Tak |  |
|  | Porty pozwalające na podłączenia się urządzeniami zewnętrznymi RS232, USB, Ethernet | Tak |  |
|  | Pompa centryfugalna:  - obroty min.: 1500 rpm  - obroty min.: 5600 rpm  - zakres tolerancji obrotów max.: +-50rpm  - wizualna kontrola działania  - pokrywa pompy centryfugalnej automatycznie zablokowana w trakcie pracy  - alarmy wizualne i akustyczne | Tak, podać |  |
|  | Praca czytnikiem kodów paskowych | Tak |  |
|  | Zintegrowana drukarka | Tak |  |
|  | Funkcja pozwalająca na powrót krwi z komory  pompy do zbiornika | Tak |  |
|  | Funkcja usuwania powietrza z linii | Tak |  |
|  | Funkcja pozwalająca na wypełnienie układu  roztworem do przemywania | Tak |  |
|  | Automatyka sterowania min.: start wybranego protokołu jak również jego kontynuacja, możliwość programowania poszczególnych wartości | Tak |  |
|  | Funkcja umożliwiająca zaprogramowanie ilości krwi w zbiorniku wymaganej do rozpoczęcia protokołu | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w ciekłokrystaliczny  monitor dotykowy | Tak |  |
|  | Baza danych:  - dostęp do informacji dotyczących zabiegów  historycznych  - dostęp do danych bieżącego protokołu/programu | Tak |  |
|  | Możliwość tworzenia indywidualnych protokołów i modyfikacji istniejących. | Tak |  |
|  | **Pozostałe:** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK | ***Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym.*** *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w SWZ* |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć wraz z dostawą urządzenia) | TAK |  |
|  | Karta gwarancyjna (załączyć wraz z dostawą urządzenia) | TAK |  |
|  | Szkolenie z obsługi w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
|  | Przedmiot umowy jest wyrobem medycznym w rozumieniu ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2024 poz. 1620) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych.  W przypadku, gdy komponenty, akcesoria lub elementy zestawu nie stanowią wyrobu medycznego w rozumieniu ww. ustawy, Wykonawca zobowiązany jest do przedłożenia stosownego oświadczenia wskazując, które elementy nie są wyrobami medycznymi | TAK | *Szczegółową kalkulację cenową dotyczącą wyrobów niemedycznych Wykonawca winien podać w formie odrębnej tabeli stanowiącej załącznik do formularza ofertowego* |

**Parametry wymagane zaznaczone „TAK” stanowią parametry graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji przedmiotu zamówienia.**

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty dokumentach przedmiotowych wraz z tłumaczeniem na język polski.**

Serwis gwarancyjny prowadzi…………………..………..…………………..…....... (uzupełnić)

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.