**Respirator stacjonarny z kompresorem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania ogólne** | **Warunek** | **Potwierdzenie/Opis Wykonawcy** |
| 1 | Typ/Model | Tak/Podać |  |
| 2 | Producent | Tak/Podać |  |
| 3 | Rok produkcji | Tak/Podać |  |
| 4 | Zaoferowany przedmiot zamówienia musi posiadać dopuszczenie do obrotu i do używania zgodnie z ustawą dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) w szczególności:1. spełniać tzw. wymagania zasadnicze, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia uwzględniającym wymagania prawa wspólnotowego w szczególności w zakresie wytwarzania, opakowania i oznakowania tych wyrobów;
2. posiadać deklarację zgodności dla oferowanego przedmiotu zamówienia;

 c ) oznakowano je znakiem zgodności CE | Tak/Podać |  |
| 5 | Wykaz dostawców części i materiałów – zgodnie z art. 90 ust. 3 Ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |
| 6 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności – zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. ( Dz. U. z 2019r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |
| **Ogólne parametry techniczne** |
|  1 | Respirator umieszczony na podstawie jezdnej z blokadą zapobiegającą niekontrolowanemu przemieszczaniu | Tak/Opisać |  |
|  2 | Wyświetlanie krzywych oddechowych  | Tak/Podać |  |
|  3 | Zasilanie w tlen z centralnego źródła sprężonych gazów w zakresie co najmniej od 2,8 – 5,0 bar.  | Tak/Podać |  |
|  4 | Zasilanie 230 V 50 Hz | Tak/Podać |  |
|  5 | Respirator do terapii niewydolności oddechowej różnego pochodzenia dla dorosłych i dzieci z kompresorem | Tak/Podać |  |
|  6 | Awaryjne zasilanie respiratora z wewnętrznego akumulatora  | Tak/Podać |  |
|  7 | Tryby wentylacji co najmniej: - tryb wspomagania/kontroli (A/C);- tryb synchronicznej przerwanej wentylacji wymuszonej (SIMV);- tryb spontaniczny (SPONT);- tryb dwupoziomowy (Bi Level);- tryb ze stałym dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych (CPAP); | Tak/Podać |  |
|  8 | Wentylacja nieinwazyjna przez maskę NIV | Tak/Podać |  |
|  9 | Częstość oddechów w zakresie co najmniej 3 – 80 odd. /min. | Tak/Podać |  |
|  10 | Objętość wdechowa w zakresie co najmniej 25 – 2000 ml | Tak/Podać |  |
|  11 | PEEP/CPAP (ciśnienie niskie) w zakresie co najmniej 1 – 40 cmH2O | Tak/Podać |  |
|  12 | Stężenie tlenu 21-100% | Tak/Podać |  |
|  13 | Stosunek wdech/wydech I:E min. 1:9 do 4:1  | Tak/Podać |  |
|  14 | Czas wdechu w zakresie co najmniej 0,3 – 8,0 sek. | Tak/Podać |  |
|  15 | Ciśnienie wdechowe w zakresie co najmniej 5 – 80 cm H2O | Tak/Podać |  |
|  16 | Ciśnienie wspomagania w zakresie co najmniej 0 - 60 cm H2O | Tak/Podać |  |
|  17 | Czas narastania ciśnienia min. 0 – 2 s | Tak/Podać |  |
|  18 | Czas wysokiego poziomu ciśnienia min. 0,1 – 15 sek. | Tak/Podać |  |
|  19 | Blokada urządzenia zabezpieczająca przed przypadkową zmianą parametrów wentylacji | Tak |  |
|  20 | Alarmy wizualne i/ lub dźwiękowe z regulacją lub możliwość nastawów progów alarmowych | Tak/Podać |  |
|  21 | Interfejs aparatu w języku polskim | Tak/Podać |  |
|  22 | Urządzenie fabrycznie nowe  | Tak/Podać |  |
|  23 | Instrukcja w języku polskim | Tak |  |
| **Warunki serwisu** |
|  24 | Okres gwarancji minimum 36 miesięcy | Tak/Podać |  |
|  25 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi okresowe przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu. Ostatni przegląd musi zostać wykonany w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak/Podać |  |
|  26 | Czas reakcji na zgłoszenie usterki nastąpi najpóźniej w następnym dniu roboczym od dnia zgłoszenia. Dni robocze rozumiane są jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
|  27 | Czas skutecznej naprawy od momentu zgłoszenia awarii – max. 3 dni robocze, rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
|  28 | Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 10 lat. | Tak/Podać |  |
|  29 | W okresie gwarancji Wykonawca do napraw i przeglądów będzie używał wyłącznie nowych części zamiennych | Tak/Podać |  |
|  30 | Przedłużenie gwarancji o czas niesprawności sprzętu | Tak/Podać |  |
|  31 | Serwis gwarancyjny świadczony będzie przez podmiot autoryzowany przez Producenta, świadczący usługi w miejscu instalacji sprzętu. Komunikacja z serwisem odbywać się będzie w języku polskim | Tak/Podać |  |