**Ciśnieniomierz elektryczny/aparat do mierzenia ciśnienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ciśnieniomierz elektryczny/aparat do mierzenia ciśnienia** | **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. |  Elektroniczny ciśnieniomierz, przeznaczony do zastosowań klinicznych | Tak/Podać |  |
| 2. | Wyświetlacz LCD | Tak/Podać |  |
| 3. | Zakres pomiaru ciśnienia: min. 0 – 300 mmHg | Tak/Podać |  |
| 4. | Zakres pomiaru pulsu: min. 35 – 190 u/min. | Tak/Podać |  |
| 5. | Jednoczesne wyświetlanie na ekranie minimum: ciśnienia skurczowego, rozkurczowego, średniego, pulsu | Tak/Podać |  |
| 6. | Wewnętrzna pamięć: minimum 50 ostatnich pomiarów | Tak/Podać |  |
| 7. | Mankiet wielorazowy wykonany z tworzywa sztucznego – zapinany na rzep, przystosowany do mycia i dezynfekcji, nie zawierającą lateksu, łatwa wymiana mankietu na inny rozmiar, bez odkręcania przewodów; w komplecie: mankiet dorosły standard, dorosły duży | Tak/Podać |  |
| 8. | Zasilanie akumulatorowe lub bateryjne | Tak |  |
| 9. | Ładowarka umożliwiająca ładowanie ciśnieniomierza w przypadku zaoferowania zasilania akumulatorowego | Tak |  |
| 10. | Możliwość dezynfekcji urządzenia | Tak/Nie (Dołączyć wykaz preparatów)  |  |
| 11. | Waga max 500 g | Tak/Podać |  |
| 12. | Dokładność pomiaru ciśnienia tętniczego ze standardami typu ANSLAAMI SP10:2002 lub równoważnymi | Tak/Podać |  |
| **Warunki serwisu** |
| 1 | Okres gwarancji minimum 36 miesięcy  | Tak/Podać |  |
| 2 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi okresowe przeglądy techniczne przedmiotów 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 |  |
| 3 | 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 |  |
| 4 | Czas skutecznej naprawy od momentu zgłoszenia awarii – max. 5 dni roboczych, rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| 5 | Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 10 lat. | Tak/Podać |  |
| 6 | W okresie gwarancji Wykonawca do napraw i przeglądów będzie używał wyłącznie nowych części zamiennych | Tak/Podać |  |
| 7 | Przedłużenie gwarancji o czas niesprawności sprzętu | Tak/Podać |  |
| 8 | 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 |  |