**Pulsoksymetr**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dane podstawowe** | **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. | Pulsoksymetr stacjonarno-przenośny | Tak/Podać |  |
| 2. | Zasilanie AC 240 VAC, 50/60 Hz | Tak |  |
| 3. | Aparat do monitorowania saturacji oraz pulsu pacjenta | Tak/Podać |  |
| 4. | Uchwyt w obudowie do przenoszenia aparatu | Tak |  |
| 5. | Regulacja głośności alarmów | Tak |  |
| 6. | Wyświetlany procentowy pomiar saturacji | Tak |  |
| 7. | Wyświetlana częstotliwość pulsu | Tak |  |
| 8. | Alarm wizualny i dźwiękowy | Tak |  |
| 9. | Alarm wizualny i dźwiękowy rozładowania wewnętrznego akumulatora | Tak |  |
| 10. | Sygnalizacja odłączenia czujnika | Tak |  |
| 11. | Wyciszenie alarmów | Tak |  |
| 12. | Możliwość podłączenia drukarki | Tak |  |
| 13. | Wyświetlane komunikaty w języku polskim | Tak |  |
| 14. | Zasilanie awaryjne z wewnętrznego akumulatora | Tak |  |
| 15. | Minimalny zakres pomiaru saturacji: 0-100% | Tak/Podać |  |
| 16. | Minimalny zakres pomiaru tętna: 30 do 235 ud/min. | Tak/Podać |  |
| 17. | Wielorazowy czujnik SpO2 typu klips dla dorosłych - 1 szt. | Tak/Podać |  |
| **Warunki serwisu** | | |  |
| 18 | Okres gwarancji minimum 36 miesięcy | Tak/Podać |  |
| 19 | 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 |  |
| 20 | 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 |  |
| 21 | 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 |  |
| 22 | Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 10 lat. | Tak/Podać |  |
| 23 | W okresie gwarancji Wykonawca do napraw i przeglądów będzie używał wyłącznie nowych części zamiennych | Tak/Podać |  |
| 24 | Przedłużenie gwarancji o czas niesprawności sprzętu | Tak/Podać |  |
| 25 | 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 |  |