#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

**I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU PRZETARGU**

###### Stanowisko noworodka- 2 szt.

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do przetargu:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji nie wcześniej niż 2024. Urządzenie/a fabrycznie nowe. | Rok produkcji:  Urządzenie/a fabrycznie nowe ( Tak/Nie – wpisać ): | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* | |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). Przeglądy techniczne urządzenia w zakresie i z częstością zalecaną przez producenta w czasie trwania gwarancji. | TAK  ( wpisać ) | |  |
|  |  |  |  | *Wpisać* |

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane  ( podać, opisać ).  - Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu.  - Dopuszcza się wpisanie słowa - TAK jeżeli oferowany parametr jest zgodny z minimalnym wymogiem granicznym.  ***( UWAGA: Jeżeli wykonawca w sposób jednoznaczny nie określi parametru według w/w zasad, Zamawiający będzie wymagał jednoznacznego potwierdzenia/udowodnienia oferowanego parametru )*** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagania ogólne** |  |  |
|  | Wymiary zewnętrzne maksymalnie (szerokość x głębokość x wysokość) 90 x 115 x 2200 cm. | TAK |  |
|  | Stabilna konstrukcja osadzona na 4 kółkach, 2 kółka wyposażone w hamulec, z elektryczną regulacją wysokości min. 40 cm. | TAK |  |
|  | Ogrzewanie promiennikiem podczerwieni z kwarcowym źródłem iR. | TAK |  |
|  | Promiennik nagrzewający obracany w płaszczyźnie poziomej o kąt min. 220º w celu wykonania zdjęcia Rtg. Wyposażony w wygodne uchwyty po obu jego stronach. | TAK |  |
|  | Promiennik nagrzewający odchylany w płaszczyźnie pionowej tj. „lewo i prawo”, (po obróceniu promiennika w płaszczyźnie poziomej, „światło” promiennika dzięki regulacji pionowej, będzie nadal skierowane na powierzchnię materacyka). | TAK |  |
|  | Moc promiennika min. 500W. | TAK |  |
|  | Funkcja wstępnego dogrzewania pre-heat (lub równoważne zgodnie z nomenklaturą producenta). | TAK |  |
|  | Ręczna regulacja temperatury grzania. | TAK |  |
|  | Regulacja temperatury grzania w układzie servo (pomiar na skórze) w zakresie min. 34-38ºC z rozdzielczością nie gorszą niż 0,1 ºC. | TAK |  |
|  | Cyfrowy wskaźnik temperatury nastawionej w oC. | TAK |  |
|  | Cyfrowy miernik temperatury skóry noworodka: odczyt z rozdzielczością nie gorszą niż 0,1ºC. | TAK |  |
|  | Regulowane położenie leża noworodka do pozycji Trendelenburga i anty/ Trendelenburga w sposób płynny i cichy (bezstresowo) zakres co najmniej ± 13º. | TAK |  |
|  | Wymiary materacyka dla noworodka 700 x 500 mm (+/- 3%) – materacyk wyposażony w dodatkowe ścianki chroniące noworodka przed jego wypadnięciem podczas otwartych ścian bocznych. | TAK |  |
|  | Ścianki boczne leża:   1. wykonane z tworzywa bezbarwnego odpornego na UV 2. odporne na zmywanie w środkach dezynfekcyjnych 3. odchylane o kąt co najmniej 180º 4. przynajmniej jedna ścianka posiadająca przepust dla mocowania rur i przewodów 5. wszystkie ścianki wyposażone w mechanizm wolnego opadania 6. Możliwość szybkiego wyjęcia ścianek w celach dezynfekcji bez użycia narzędzi 7. Otwarte ścianki nie zasłaniające dostępu do szuflady | TAK |  |
|  | Dostęp do tacy na kasetę RTG z wszystkich 3 stron inkubatora. | TAK |  |
|  | Wbudowane w kolumnę promiennika oświetlenie zabiegowe LED z możliwością jego włączenia lub wyłączenia niezależnie od pracy promiennika. | TAK |  |
|  | Możliwość płynnej regulacji natężenia światła w zakresie co najmniej 0-1200 LUX. | TAK |  |
|  | Wbudowany w kolumnę promiennika kolorowy ekran dotykowy LCD o przekątnej min. 7” i rozdzielczości 800x480 dpi. | TAK |  |
|  | **Alarmy** |  |  |
|  | Alarmy akustyczne i optyczne. | TAK |  |
|  | Lampa alarmów umieszczona w sposób dobrze widoczny z odległości kilku metrów. | TAK |  |
|  | Alarm przekroczenia nastawionej temperatury pracy (przegrzania) w trybie ręcznym i servo. | TAK |  |
|  | Alarm braku połączenia czujnika naskórnego – odklejenie czujnika. | TAK |  |
|  | Alarm zaniku napięcia zasilającego. | TAK |  |
|  | Alarmy techniczne – awaria grzałki, uszkodzenia czujnika temp. | TAK |  |
|  | **Wyposażenie** |  |  |
|  | Zegar Apgar zintegrowany z inkubatorem, wyposażony w sygnały dźwiękowe możliwe do ustawienia w 4 interwałach czasowych. | TAK |  |
|  | Zegar CPR do oceny prowadzonej resuscytacji z sygnalizacją dźwiękową co każde 30 sekund. | TAK |  |
|  | Czujnik naskórny do kontroli temperatury „servo”. | TAK |  |
|  | Pokrowiec i prześcieradełko na materacyk. | TAK |  |
|  | Krążki odblaskowe do mocowania czujnika naskórnego 24 szt. | TAK |  |
|  | Wbudowane w kolumnę promiennika urządzenie do resuscytacji noworodków z regulowanym ciśnieniem wdechowym od 20 do 60 cmH2O i PEEP do 11 cmH2O. Resuscytator zintegrowany z mieszalnikiem oraz ssakiem – 1 szt. | TAK |  |
|  | Wbudowana w materacyk **waga noworodkowa**- zakres pomiarowy min. 300-7000g z rozdzielczością nie gorszą niż. 5 g. | TAK |  |
|  | Wbudowana funkcja tarowania. | TAK |  |
|  | Wbudowany w inkubator pulsoksymetr w technologii Massimo z obsługą i monitorowaniem z poziomu panelu sterującego inkubatora. | TAK |  |
|  | Szuflada na drobne akcesoria. | TAK |  |
|  | **Wymagania dodatkowe** |  |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi i aplikacji medycznych niezbędnych do eksploatacji urządzenia (minimum 5 osób). | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu technicznego zamawiającego.  Szkolenie obejmujące co najmniej 2 osoby. | TAK |  |

**UWAGA:**

Dla uznania oferty za ważną Wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.

W tabeli pod pkt. 7 należy opisać, wpisać, podać oferowany parametr.

Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 należy załączyć do oferty.

Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

**Wypełniony i podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym załącznik nr 1 należy załączyć do oferty**

Podpis Wykonawcy: ..........................................