**ZAŁĄCZNIK NR 2** 25/ZP/2020

**Załącznik do formularza ofertowego**

**Załącznik do umowy**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Część 1 – Aparat do ciągłych technik nerkozastępczych**

Pełna nazwa urządzenia: ……………………………………………

Producent: ……………………………….. Model : …………………………………….. Nr katalogowy: …………………Rok produkcji………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PARAMETRY MINIMALNE/ GRANICZNE** | **WYMOGI**(warunki/parametry graniczne) | **Oferowane warunki****Odpowiedź wykonawcy:****tak/nie**(parametry w oferowanej aparaturze - opisać) |
| Informacje ogólne |
| **1** | Zasilanie 230 VAC wg PN | Tak |  |
| **2** | Aparat jazdy min 4 koła jezdne w tym min 2 z blokadą | Tak |  |
| Opcje zabiegów |
| **3** | Tryby min CRRT: SCUF ,CVVH PRE i/lub POST, CVVHD, CVVHDF PRE i/lub POST ,TPE, HP, możliwość zmiany rodzaju zabiegów w trakcie jego trwania bez konieczności zmiany zestawu. | Tak |  |
| Zakres prędkości przepływów |
| **4** | Krew 10 do minimum 450 ml/minSubstytut od ≥ 50 do 8000 ml/godz.Dializat od ≥ 50 do 8000 ml/godz.Pompa PBP od ≥ 50 do ≤ 4000 ml/godz.Usuwanie płynu z ciała pacjenta ≥ 10 do ≤ 2000 ml/godz. | Tak |  |
| Kontrola płynu |
| **5** | Grawimetryczna kontrola płynu oparta na minimum 4 wagachZakres pomiaru wagi minimum: 0 do ≥15 kgDokładność:* 0-5200 g ± do 10 %
* 5200 ≥15000g ± do 10%
 | Tak |  |
| Opcje antykoagulacji |
| **6** | Ogólnoustrojowa, zintegrowana pompa strzykawkowaRegionalna cytrynianowa ze zintegrowaną pompą strzykawkowąCytrynianowa (dla TPE), z zewnętrzną pompą strzykawkowąBrak antykoagulacji.  | Tak |  |
| **6a** | **Urządzenie w każdym trybie CRRT daje możliwość stosowania cytrynianów** | **Tak** |  |
| Systemy bezpieczeństwa |
| **7** | Podręczny czytnik kodów kreskowych oraz kodów QR do identyfikacji pacjenta, zestawu terapeutycznego, akcesorium automatycznego usuwania płynu odprowadzanego, w celu upewnienia się, że pasują do wybranego zestawu i terapii | Tak |  |
| **8** | Zintegrowany system zarządzania alarmami dźwiękowymi i wzrokowymi ze wskazówkami wyświetlanymi na ekranie | Tak |  |
| **9** | Ultradźwiękowy detektor powietrza: wykrywa pojedyncze pęcherzyki powietrza o średnicy >20µl | Tak |  |
| **10** | Detektor przecieku krwiPrzeciek >0,35 ml/min przy hematokrycie 0,25 dla prędkości przepływu płynu odprowadzanego poniżej 5500ml/godz.Przeciek >0,5 ml/min przy hematokrycie 0,32 dla najwyższej prędkości przepływu płynu odprowadzanego | Tak |  |
| **11** | Detektor wycieku płynu: wykrywa płyn o objętości > 50 ml | Tak |  |
| **12** | Neutralizacja ładunków elektrostatycznych w celu uniknięcia interferencji z EKG | Tak |  |
| **13** | W pełni naładowana bateria rezerwowa zapewnia ciągłość pracy przez co najmniej 30 minut | Tak |  |
| **14** | Monitorowanie ciśnienia:Ciśnienie napływu: ≥ - 250 do ≥ + 450 mmHg, dokładność: ± 15 mmHgCiśnienie powrotu: ≥ 50 do ≥ + 350 mmHg, dokładność ± 5 mmHgCiśnienie przed filtrem: ≥ 10 do ≤ + 450 mmHg, dokładność ±15 mmHgCiśnienie płynu odprowadzanego: ≥ -150 do ≥ + 500 mmHg | Tak |  |
| **15** | Kolorowy ekran dotykowy pokazujący wszystkie istotne dane dotyczące zabiegu (zlecenie, przepływy, ciśnienia) | Tak |  |
| **16** | Bezpłatne wymagane okresowe przeglądy serwisowe w czasie trwania gwarancji (min. 1 raz na 12 miesięcy) | Podać/opisać |  |
| **17** | DTR w języku polskim i angielskim w formie pisemnej i elektronicznej (PDF) | TAK (wraz z dostawą urządzenia) |  |
| **18** | Przeszkolenie personelu w siedzibie Zamawiającego minimum trzy szkolenia w pierwszym miesiącu od dnia dostarczenia urządzenia. W szóstym i dwunastym miesiącu od dnia dostarczenia urządzenia po jednym szkoleniu przypominającym | TAK |  |

**Powyższe parametry zawarte w tabeli stanowią wymagania, których spełnienie jest konieczne.**

Wszystkie parametry liczbowe lub wymagane funkcje, podane w powyższej tabeli stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak odpowiedzi w kolumnie „OFEROWANE WARUNKI” traktowany będzie jak brak danej funkcji lub parametru.

W ramach realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązujemy się do montażu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego (bez pobierania z tego tytułu dodatkowych opłat – z wykorzystaniem wyłącznie części Wykonawcy).

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe z ………… miesięczną gwarancją producenta, nie powystawowe, **rok produkcji 2020 (wyprodukowany w trzecim kwartale 2020 r.),** kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

Ilość punktów serwisowych (minimum 1, podać adres/y):………………………………………………………………….…….[[1]](#footnote-1)

**Wymagania dodatkowe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Parametry** | **WYMOGI****TAK/NIE** | **ODPOWIEDŹ WYKONAWCY****TAK/NIE** |
|  | Kompensacja usuwania płynu z ciała pacjenta | Tak/Nie |  |
|  | Profile (zapisane zlecenia) pozwalają użytkownikowi na szybszy wybór konfiguracji zabiegu | Tak/Nie |  |
|  | Automatyczny czujnik poziomu cieczy utrzymuje optymalna wysokość cieczy w komorze odpowietrzającej | Tak/Nie |  |
|  | Kolorowe diody LED nad wagami -kierują użytkownika podczas ustawiania leczenia i zarządzania alarmami | Tak/Nie |  |
|  | Akcesorium automatycznego usuwania płynu odprowadzanego (Auto-Odprow.) naprzemiennie napełnia worki z płynem odprowadzanym i usuwa płyn do odpływu | Tak/Nie |  |
|  | Podgrzewacz krwi lub podgrzewacz płynu | Tak |  |

………………….., dnia ………………………. ……….....…………………………………………………

 (miejscowość)

 czytelny podpis lub pieczęć imienna i podpis

 umocowanej osoby do dokonywania czynności

 w imieniu Wykonawcy

1. Zapis zostanie uzupełniony na etapie zawarcia umowy – na etapie składania ofert Zamawiający dopuszcza możliwość nie wypełniania przez Wykonawcę. [↑](#footnote-ref-1)