**Pakiet 3 Inkubator zamknięty do opieki podstawowej – 2 szt. załącznik 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa urządzenia, typ lub model |  |
| Producent, podać pełną nazwę i adres |  |
| Kraj produkcji |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | | Wymagania Zamawiającego | Warunek graniczny | | | Parametry oferowane | |
|  | | **Ogólne** |  | | |  | |
|  | | Spełnia wymagania „CE”, nr certyfikatu | TAK | | |  | |
|  | | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce | TAK | | |  | |
|  | | **Kopuła** |  | | |  | |
|  | | Dostęp do wnętrza | TAK | | |  | |
|  | | - wygodny dostęp do wnętrza z 4 stron |  | | |  | |
|  | | - duże drzwiczki z wyciszonymi zamkami min. 6szt | TAK | | |  | |
|  | | - drzwiczki z cichym zamkiem z 4 stron inkubatora | TAK | | |  | |
|  | | - odchylana przednia i tylna ścianka | TAK | | |  | |
|  | | Wymiary materacyka: szerokość przynajmniej 35cm, długość przynajmniej 70 cm | TAK | | |  | |
|  | | Otwory – uszczelnione przepusty w wyjmowanymi uszczelkami do wprowadzania rur respiratora, cewników i przewodów monitorowania, przynajmniej 9 niezależnych otworów z uszczelkami | TAK | | |  | |
|  | | Podwójne ścianki | TAK | | |  | |
|  | | Możliwość wyjęcia dziecka z inkubatora bez odłączania przewodów i drenów | TAK | | |  | |
|  | | Hałas we wnętrzu <47 dB | TAK | | |  | |
|  | | Materacyk wysuwany poza obrys kopuły inkubatora | TAK | | |  | |
|  | | Płynna regulacja nachylenia materacyka przynajmniej +/- 120 | TAK | | |  | |
|  | | Przystosowany do zdjęć rentgenowskich – kaseta z rtg wkładana do szuflady pod materacykiem bez dotykania dziecka. Szuflada wyposażona w podziałkę ułatwiającą pozycjonowanie kasety. | TAK | | |  | |
|  | | **Podstawa** |  | | |  | |
|  | | Na kółkach z hamulcami | TAK | | |  | |
|  | | Wygodne uchwyty do przemieszczania inkubatora | TAK | | |  | |
|  | | Wyposażona w szafkę na akcesoria o pojemności min. 70 litrów | TAK | | |  | |
|  | | **Regulacja temperatury** |  | | |  | |
|  | | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury powietrza | TAK | | |  | |
|  | | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury skóry dziecka | TAK | | |  | |
|  | | Zakres regulacji temperatury powietrza min. 200-390C | TAK | | |  | |
|  | | Zakres regulacji temperatury skóry min. 340-380C | TAK | | |  | |
|  | | Zabezpieczenie przez przypadkowym nastawieniem temperatury powietrza i skóry >37° | TAK | | |  | |
|  | | Możliwość jednoczesnego pomiaru dwóch temperatur skóry | TAK | | |  | |
|  | | W komplecie 2 czujniki temperatury skóry i 50 plasterków do mocowania czujnika | TAK | | |  | |
|  | | **Nawilżanie powietrza** |  | | |  | |
|  | | Bezpieczny nawilżacz. | TAK | | |  | |
|  | | Automatyczne utrzymywanie zadanej wilgotności powietrza, w zakresie min. 30-95% programowane co 1% | TAK | | |  | |
|  | | Świetlny i dźwiękowy alarm braku wody | TAK | | |  | |
|  | | **Tlenoterapia** |  | | |  | |
|  | | Inkubator wyposażony w serwosystem sterowania stężeniem tlenu pod kopułą | TAK | | |  | |
|  | | Programowanie stężenia tlenu pod kopułą w zakresie min. 21-65% programowane co 1% | TAK | | |  | |
|  | | **Wbudowana waga** |  | | |  | |
|  | | Pomiar masy ciała pacjentów w zakresie od 0 do 7000g | TAK | | |  | |
|  | | Rozdzielczość wyświetlania masy ciała – 1g | TAK | | |  | |
|  | | Funkcja pomiaru bez tarowania | TAK | | |  | |
|  | | **Inne** |  | | |  | |
|  | | Wieszak na giętkim ramieniu do mocowania rur respiratora/CPAP wewnątrz inkubatora przymocowany do tacy materacyka – podczas wysuwania materacyka wyjeżdża razem z nim | TAK | | |  | |
|  | | Wysięgnik na kroplówki zintegrowany z inkubatorem | TAK | | |  | |
|  | | Półka na monitor zintegrowana z inkubatorem | TAK | | |  | |
|  | | Zestaw akcesoriów do pozycjonowania noworodka obejmujący gniazdko typu Hug-it, rogalik i 4 poduszeczki | TAK | | |  | |
|  | | Jednocześnie wszystkie nastawione i zmierzone wartości w postaci liczbowej | TAK | | |  | |
|  | | **Układy alarmowe** |  | | |  | |
|  | | Sygnalizacja świetlna pozwalająca łatwo odróżnić alarmujący inkubator z większej odległości | TAK | | |  | |
|  | | Jednoznaczna informacja o przyczynie alarmu, podać sposób realizacji | TAK | | |  | |
|  | | Komunikaty tekstowe po polsku opisujące przyczynę alarmu | TAK | | |  | |
|  | | Świetlny i dźwiękowy alarm wzrostu i spadku temperatury powietrza i skóry | TAK | | |  | |
|  | | Świetlny i dźwiękowy alarm wzrostu i spadku stężenia tlenu | TAK | | |  | |
|  | | Alarmy techniczne sygnalizujące uszkodzenie lub odłączenie | TAK | | |  | |
| **Warunki gwarancji** | | | | | | | | |
| 1. | | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). | | | TAK min 24 miesiące- podać  24 miesiące- 0 pkt.  25-36 miesięcy- 10 pkt.  37 i więcej miesięcy – 20 pkt. podać | | |  |
| 2. | | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | | | Tak | | |  |
| 3. | | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączając dni wolne ustawowo od pracy. | | | Tak | | |  |
| 4. | | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | | | Tak | | |  |
| 5. | | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | | | Tak | | |  |
| 6. | | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | | | Tak | | |  |
| 7. | | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | | | Tak | | |  |
| 8. | | Adres najbliższego serwisu | | | Tak podać | | |  |
| 9. | | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | | | Tak podać | | |  |
| 10. | | Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | | | Tak | | |  |
| **Serwis pogwarancyjny** | | | | | | | | |
| 1 | | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | | | | Tak | |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie *parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie(sprzęt)spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów   
i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych

..........................................................

*podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy*