#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

 **I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU PRZETARGU**

###### Ssak chirurgiczny- 1 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 2023. Urządzenie 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** |  |  |
|  | Max. podciśnienie ≥ 90 kPa. | TAK |  |
|  | Wydajność nie mniejsza niż 30 l/min ( mierzona w zakresie pracy za zbiornikiem na wydzieliny). | TAK |  |
|  | Wbudowany manometr do pomiaru podciśnienia ze skalą w kPa i mmHg. | TAK |  |
|  | Możliwość precyzyjnego ustawienia podciśnienia za pomocą regulatora membranowego. | TAK |  |
|  | Ssak przystosowany do pracy ciągłej 24 h/dobę. | TAK |  |
|  | Obudowa odporna na środki dezynfekcyjne. | TAK |  |
|  | Poziom hałasu poniżej 39 dB. | TAK |  |
|  | Wielostopniowe zabezpieczenie przed przelaniem pompy. | TAK |  |
|  | Ssak na wózku jezdnym z co najmniej czterema kołami (z systemem blokowania kół), wykonanym ze stopów niekorodujących, z szyną na akcesoria. | TAK |  |
|  | Włącznik/wyłącznik nożny zintegrowany - wbudowany w wózek.  | TAK |  |
|  | Dwa zbiorniki 2,5 litrowe +/- 5% wielorazowe z poliwęglanu, z podziałką, do wkładów jednorazowych, z uchwytem naszynowym i blokadą zabezpieczającą wysuwanie się zbiornika z uchwytu w czasie wymiany wkładu. | TAK |  |
|  | Wkłady jednorazowe kompatybilne do w/w zbiorników – min. 40 szt. do każdego zaoferowanego urządzenia. | TAK |  |
|  | Filtry antybakteryjne - min. 5 szt. do każdego zaoferowanego urządzenia. | TAK |  |
|  | Dren silikonowy do pacjenta (min. 2 m)- 1 szt.  | TAK |  |
|  | Metalowy uchwyt na dren. | TAK |  |
|  | Klasa zabezpieczenia co najmniej II a.  | TAK |  |
|  | Zasilanie 230 VAC 50 Hz (+/-10%). | TAK |  |
|  | Pobór mocy max. 55 W dla całego zakresu używanych parametrów. | TAK |  |
|  | Wymiary nie większe niż 1000 x 550x 500 mm. | TAK |  |
|  | Masa urządzenia nie większa niż 20 kg. | 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 |  |

**8.Walory techniczno-eksploatacyjne punktowane przez użytkownika.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Punktacja** | **Parametry oferowane****( podać)**  |
|  | Poziom hałasu nie większy niż 38 dB. Dla całego zakresu używanych parametrów. | Tak- 5 pkt.Nie- 0 pkt. |  |
|  | Pobór mocy max. 50 W dla całego zakresu używanych parametrów. | Tak- 5 pkt.Nie- 0 pkt. |  |
|  | Masa urządzenia nie większa niż 18 kg. | Tak- 5 pkt.Nie- 0 pkt. |  |

**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: ..........................................