**Załącznik Nr 2/4**

 do SWZ Nr W.Sz.Z: TZ-280-**60/24**

**ZMODYFIKOWANA SPECYFIKACJA TECHNICZNA** (wymagania techniczno-użytkowe)

**dzierżawionych urządzeń do podawania medycznego tlenku azotu**

1. **Szpital Wielospecjalistyczny przy ul. Św. Józefa 53-59**

Typ/Model (podać):…........................................

Producent (podać):…..........................................

Rok produkcji(podać) ……………………

1. **Szpital Specjalistyczny dla Dzieci i Dorosłych przy ul. Konstytucji 3 Maja 42**

Typ/Model (podać):…........................................

Producent (podać):…..........................................

Rok produkcji(podać) ……………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne / zakres prac montażowych** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane** Tak/Nie Podać/opisać | **Punktacja** |
| 1. | Możliwość automatycznej współpracy z wszystkimi typami respiratorów posiadanymi przez użytkownika, poprzez czujnik przepływu w zakresie max do 120 l/min. | Tak, podać |  |  |
| 2.  | Kalkulator podaży gazu – funkcja do określenia na ile czasu wystarczy medycznego tlenku azotu przy zadanych parametrach (ppm, l/min, itd.) podczas terapii. | Tak/Nie |  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |
| 3. | Dozowanie dopływu medycznego tlenku azotu do układu oddechowego respiratora. | Tak |  |  |
| 4. | Monitorowanie wdechowego stężenia NO, NO2, O2 , | Tak |  |  |
| 5. | Możliwość regulacji za pomocą ekranu dotykowego. | Tak |  |  |
| 6. | Obrazowanie wyników pomiarów na wyświetlaczu urządzenia. | Tak |  |  |
| 7. | Możliwość bezpośredniego ustawiania dawki medycznego tlenku azotu w ppm. | Tak |  |  |
| 8. | Automatyczne przełączenie systemu z butli głównej na butlę rezerwową w celu zapewnienia bezpieczeństwa terapii.  | Tak/Nie |  | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |
| 9. | Wykorzystanie medycznego tlenku azotu pozostałego w butli do poziomu nie wyższego niż **14 barów.** | Tak, podać |  | **≤ 5 barów – 10 pkt.****6-10 barów – 5 pkt.****> 10 barów – 0 pkt.** |
| 10. | Możliwość użycia wbudowanego awaryjnego systemu do podaży tlenku azotu w przypadku awarii urządzenia. | Tak  |  |  |
| 11. | Ustawienie górnych i dolnych wartości alarmowych dla NO, NO2, O2. | Tak |  |  |
| 12. | Wózek do ustawienia dwóch butli z medycznym tlenkiem azotu oraz 1 butli z tlenem medycznym - 1 sztuka | Tak |  |  |
| 13. | Reduktor do butli NO z szybkozłączką - 2 sztuki | Tak |  |  |
| 14. | Wąż zasilający z szybkozłączką łączący reduktor z zestawem dozującym NO - 2 sztuki, szybkozłącze do tlenu typu AGA - 1 sztuka | Tak |  |  |
| 15. | Zasilanie z sieci elektroenergetycznej 230 V AC 50Hz lub z wewnętrznego akumulatora. | Tak |  |  |
| 16. | Menu w języku polskim. | Tak |  |  |
| 17. | Zapewnienie podaży medycznego tlenku azotu w transporcie medycznym za pomocą urządzenia głównego lub innego dodatkowego urządzenia – dotyczy urządzenia dla jednostki Szpitala przy ul. Konstytucji 3 Maja 42. | Tak |  |  |
| 18. | Gwarancja na cały okres dzierżawy (12 m-cy). | Tak |  |  |
| 19. | Obsługa serwisowa przez Wykonawcę w tym przeglądy techniczne, kalibracja konserwacja, naprawy i aktualizacja oprogramowania; w ramach czynszu dzierżawnego, bez dodatkowych opłat dla Zamawiającego | Tak |  |  |
| 20. | Możliwość zgłaszania awarii przez 24 godzinyna dobę w ciągu 365 dni w roku. | Tak |  |  |
| 21. | Usunięcie awarii lub wstawienie urządzenia zastępczego przez serwis Wykonawcy w czasie nie dłuższym niż 72 godziny od momentu zgłoszenia uszkodzenia przez Zamawiającego  | Tak |  |  |
| 22. | Numer kontaktowy z serwisem Wykonawcy: | Podać |  |  |

UWAGA! - **niespełnienie parametru wymaganego** spowoduje odrzucenie oferty jako niespełniającej wymagań SWZ.

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

data pieczątka i podpis Wykonawcy