**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**FORMULARZ PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

Nr referencyjny nadany w sprawie przez Zamawiającego: **DOZP.240.16.2020**

**ZAMAWIAJĄCY:** WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BYDGOSZCZY

**WYKONAWCA:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*/nazwa (firma) wykonawcy z oznaczeniem formy prawnej wykonywanej działalności/*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pompy infuzyjne jednostrzykawkowe | | | | |
| **Typ/model (należy podać) -** | | | | |
| **Producent (należy podać) -** | | | | |
| **Kraj pochodzenia (należy podać) -** | | | | |
| **Lp.** | **Parametry** | | **TAK/NIE\*** | **Parametr oferowany** |
| **I** | **WYMAGANIA OBLIGATORYJNE** | |  |  |
| 1 | Rok produkcji (2020 lub 2021) | |  |  |
| 2 | Sprzęt fabrycznie nowy | |  |  |
| 3 | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o pojemności minimum 5, 10, 20, 30 i 50 ml różnych typów i co najmniej  5-ciu producentów strzykawek, dostępnych na rynku (należy opisać). | |  |  |
| 4 | Automatyczne rozpoznawanie przez pompę rozmiaru strzykawki. | |  |  |
| 5 | Możliwość programowania parametrów infuzji:   1. prędkości infuzji; 2. prędkości i objętości infuzji; 3. prędkości i czasu infuzji; 4. objętości i czasu infuzji. | |  |  |
| 6 | Zakres programowania prędkości infuzji:   1. dla strzykawek 5 ml: minimum 0,1÷400 ml/h; 2. dla strzykawek 10 ml: minimum 0,1÷600 ml/h; 3. dla strzykawek 20 ml: minimum 0,1÷1000 ml/h; 4. dla strzykawek 30 ml: minimum 0,1÷1200 ml/h; 5. dla strzykawek 50 ml: minimum 0,1÷2000 ml/h.   (Należy podać zakresy). | |  |  |
| 7 | Zakres programowania objętości infuzji: minimum 0,1÷999 ml  (należy podać zakresy). | |  |  |
| 8 | Maksymalny programowany czas infuzji: minimum 99 godzin (należy podać czas). | |  |  |
| 9 | Programowanie prędkości infuzji w jednostkach: ml/h, µg/h, mg/h, µg/kg/h, mg/kg/h, µg/kg/min, mg/kg/min. | |  |  |
| 10 | Dokładność prędkości infuzji: nie gorsza niż ±2,0% (należy podać prędkość). | |  |  |
| 11 | Możliwość podania bolusa w dowolnym momencie infuzji. | |  |  |
| 12 | Zakres programowania prędkości podaży bolusa: co najmniej 1÷2000 ml/h dla strzykawek 50 ml (należy podać zakres). | |  |  |
| 13 | Programowanie ciśnienia okluzji: minimum 9 poziomów  w zakresie 300÷900 mmHg (należy opisać). | |  |  |
| 14 | System wielopoziomowego wykrywania okluzji z funkcją  Anty-Bolus (należy opisać). | |  |  |
| 15 | Funkcja Stand-By z możliwością programowania do 24 godzin (należy opisać). | |  |  |
| 16 | Funkcja KVO z możliwością programowania prędkości KVO (należy opisać). | |  |  |
| 17 | Pamięć pompy: możliwość zapamiętania zdarzeń z historii infuzji (należy opisać). | |  |  |
| 18 | Wyświetlacz LCD. | |  |  |
| 19 | Wskaźnik ciśnienia infuzji. | |  |  |
| 20 | Możliwość podglądu parametrów podaży w trakcie infuzji. | |  |  |
| 21 | Możliwość odczytu historii zdarzeń na wyświetlaczu pompy. | |  |  |
| 22 | Możliwość zmiany parametrów podaży w trakcie infuzji (należy opisać). | |  |  |
| 23 | Możliwość wprowadzenia identyfikacji użytkownika (należy opisać). | |  |  |
| 24 | Blokada zmiany parametrów podaży hasłem (należy opisać). | |  |  |
| 25 | Wbudowana biblioteka leków z możliwością modyfikacji przez użytkownika (należy podać). | |  |  |
| 26 | Możliwość zaprogramowania profili podaży dla określonych leków (należy opisać). | |  |  |
| 27 | System alarmów: akustyczne i wizualne sygnalizowanie stanów alarmowych (należy wyspecyfikować alarmy). | |  |  |
| 28 | Wbudowany system testów (należy opisać). | |  |  |
| 29 | Komunikacja użytkownika z pompą w języku polskim. | |  |  |
| 30 | Możliwość komunikowania się z siecią teleinformatyczną (należy opisać). | |  |  |
| 31 | Zasilanie pompy z sieci elektroenergetycznej 230 V AC 50 Hz  i z wbudowanego akumulatora. | |  |  |
| 1 | Automatyczne ładowanie wbudowanego w pompę akumulatora przy podłączeniu pompy do sieci elektroenergetycznej. |  |  |
| 2 | Informacja o poziomie naładowania akumulatora (należy opisać). |  |  |
| 3 | Zasilanie pompy z zewnętrznego źródła napięcia 12 V DC. |  |  |
| 32 | Pompa wyposażona w uchwyt, umożliwiający zamocowanie pompy na statywie, łóżku i szynie. | |  |  |
| 33 | Klasa ochrony: II, CF, odporność na defibrylację, IP53. | |  |  |
| 34 | Dostępność części zamiennych po ustaniu produkcji zaoferowanego modelu min. 10 lat. | |  |  |
| **II** | **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** | |  |  |
| 1 | Okres gwarancji min. 24 miesiące (należy podać okres). | |  |  |
| 2 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48 godzin od momentu zgłoszenia (należy podać). | |  |  |
| 3 | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia do 7 dni roboczych (należy podać). | |  |  |
| 4 | Serwis na terenie Polski (należy podać dane adresowe, telefon, fax). | |  |  |
| **Lp.** | **Parametry oferowane dodatkowo oceniane** | | **TAK/NIE\*** | **Waga punktowa parametrów dodatkowo ocenianych** |
| 1 | Waga pompy z akumulatorem i uchwytem mocującym poniżej 2,5 kg. | |  | 10 |
| 2 | Czas pracy z akumulatora co najmniej 20 godzin przy podaży  5 ml/h. | |  | 10 |
| 3 | Czytelny wyświetlacz alfanumeryczny powyżej 30 znaków. | |  | 10 |
| 4 | Wymiana urządzenia na nowe po 3 naprawach w okresie trwania gwarancji. | |  | 10 |

*\*wypełnia Wykonawca*

*\*Wykonawca zobowiązany jest:*

*- w przypadku oferowania elementu spełniającego parametry techniczne wskazane przez Zamawiającego do potwierdzenia tego zapisem „TAK" umieszczonym w kolumnie "3" oraz do opisania oferowanego parametru w kolumnie nr „4”*

**Oświadczam(y), że podane parametry odpowiadają wymogom SIWZ.**

**Brak zgodność z którymkolwiek parametrem bezwzględnie wymaganym powoduje odrzucenie oferty.**

*............................................ .................................................................*

*miejscowość i data podpis i pieczęć osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*