**D10.251.81.B.2024 Załącznik nr 3g do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia (OPZ)**

**Część 7 zadanie 1**

**Urządzenie do przerywanego ucisku pneumatycznego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp*.*** | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2024 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 2 zestawy |  |
| 6 | Miejsce instalacji | Copernicus PL Sp. z o.o. ul. Nowe Ogrody 1-6 80-803 Gdańsk |  |
|  | ***Wymagania*** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| ***Parametry pracy urządzenia*** | | | |
| 1 | W zestawie pompa do aktywnej terapii uciskowej - 2 szt. | TAK |  |
| 2 | Możliwość przeprowadzenia ucisku jednorodnego lub sekwencyjnego dla łydki, uda , stopy | TAK |  |
| 3 | Zakres ciśnienia w terapii uciskowej :  Jednorodny : min. 40 mmHg +/- 5 mmHg  Sekwencyjny : min 45 mmHg +/- 5 mmHg  Stopa : min 130 mmHg +/- 10 mmHg | TAK, podać |  |
| 4 | Czas ucisku dla cykli:  - jednorodnego/ sekwencyjnego ~~min .12~~ maks.14 sekund wypełnianie i 48 sekund opróżnianie  - stopa – ~~min~~ maks. 5 sekund wypełnianie i 27 sekund opróżnianie | TAK, podac |  |
|  | **Dodatkowe wyposażenie:** |  |  |
| 5 | - kabel sieciowy min 4 m | TAK, podać |  |
| 6 | - akumulator litowo-jonowy | TAK, podać |  |
| 7 | - uchwyt do zawieszanie na barierce łóżka | Tak |  |
| 8 | - mankiet sekwencyjny na kończynę dolną prawą i lewa w rozmiarze ≤ 71 cm – 5 szt | TAK, podać |  |
| 9 | - mankiet sekwencyjny na kończynę dolną prawą i lewa w rozmiarze ≤ 89 cm – 5 szt | TAK, podać |  |
| 10 | Zasilanie sieciowe min. 100V-230 V, 50-60 Hz, 10-40 VA | TAK |  |
| 11 | Ciężar urządzenia maks. 3,8 kg | TAK, podać |  |

**Część 7 zadanie 3**

**Sukcesywne dostawy akcesoriów do systemu aktywnej terapii uciskowej z zadania nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Jednostka miary** | **Ilości** | **Cena jednostkowa brutto** | **Wartość oferowana** | **Producent  i nazwa handlowa** | **Numer katalogowy** |
|  |  |  | ***A*** | ***B*** | ***A x B*** |  |  |
| 1 | mankiet sekwencyjny na kończynę dolną prawą i lewa w rozmiarze ≤71 cm | szt | 100 |  |  |  |  |
| 2 | mankiet sekwencyjny na kończynę dolną prawą i lewa w rozmiarze ≤~~89~~ 91,4 cm | szt | 100 |  |  |  |  |
| **suma** | | | | |  |  | |