**Pakiet 4 Inkubator otwarto-zamknięty -Hybrydowy: szt 1 załącznik 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | | **Parametry ogólne** | | | **Wymagane** | | | **Podać** | | |
| 2 | | Inkubator zapewniający pełną funkcjonalność inkubatora zamkniętego i inkubatora otwartego przeznaczony do intensywnej opieki nad noworodkiem. | | | | Tak | | |  | |
| 3 | | Inkubator stacjonarny o stabilnej konstrukcji umieszczony na ruchomej podstawie | | | | Tak | | |  | |
| 4 | | Dostęp do wnętrza inkubatora z 4 stron | | | | Tak | | |  | |
| 5 | | Wysokość od podłogi do materacyka elektrycznie regulowana. | | | | Tak | | |  | |
| 6 | | Regulacja wysokości dostępna po obu stronach inkubatora | | | | Tak | | |  | |
| 7 | | Kółka i jezdne podstawy wyposażone w hamulce. | | | | Tak | | |  | |
| 8 | | Dotykowy wyświetlacz kolorowy | | | | Tak | | |  | |
| 9 | | Wyposażony w zintegrowane oświetlenie obserwacyjne z regulowanym natężeniem światła | | | | Tak | | |  | |
| 10 | | **Kopuła inkubatora** | | | | | | | | |
| 11 | | Konstrukcja kopuły ograniczająca parowanie | | | | Tak | | |  | |
| 12 | | Po podniesieniu kopuły praca jak inkubator otwarty | | | | Tak | | |  | |
| 13 | | Materacyk (leże dla noworodka) o podstawie wysuwanej obustronnie. | | | | Tak | | |  | |
| 14 | | Zintegrowany, zsynchronizowany z innymi źródłami ciepła ogrzewany materacyk – sterowanie z pulpitu inkubatora | | | | Tak | | |  | |
| 15 | | Manewr podniesienia kopuły i przejścia pomiędzy trybami otwartym i zamkniętym lub zamkniętym i otwartym w czasie nie dłuższym niż 2 sek | | | | Tak | | |  | |
| 16 | | Szuflada do wprowadzania kasety RTG - pełna dostępność, z obydwu stron inkubatora bez konieczności przemieszczania noworodka. | | | | Tak | | |  | |
| 17 | | Poziom głośności wewnątrz kopuły inkubatora 44 dB. | | | | Tak | | |  | |
| 18 | | **Regulacja nawilżania** | | | | | | | | |
| 19 | | Inkubator wyposażony w układ automatycznej regulacji nawilżania | | | | Tak | | |  | |
| 20 | | Zbiornik na wodę umieszczony poza przedziałem pacjenta. | | | | Tak | | |  | |
| 21 | | Funkcja autoczyszczenia nawilżacza | | | | Tak | | |  | |
| 22 | | Praca w oparciu o jednorazowe worki wody sterylnej | | | | Tak | | |  | |
| 23 | | **Regulacja temperatury** | | | | | | | | |
| 24 | | Inkubator posiada układ ręcznej i automatycznej regulacji temperatury. | | | | Tak | | |  | |
| 25 | | **Tlenoterapia** | | | | | | | | |
| 26 | | Inkubator wyposażony w układ automatycznej regulacji stężenia tlenu pod kopułą. | | | | Tak | | |  | |
| 27 | | **Monitorowanie** | | | | | | | | |
| 28 | | Inkubator wyposażony w układ monitorowania, który mierzy i podaje w formie cyfrowej parametry | | | | Tak | | |  | |
| 29 | | Inkubator rozbudowany o pomiar natężenia światła przy pacjencie | | | | Tak | | |  | |
| 30 | | Inkubator rozbudowany o pomiar natężenia dźwięku przy pacjencie | | | | Tak | | |  | |
| 31 | | Funkcja kangurowania ułatwiająca prowadzenie kontaktu skóra-do-skóry | | | | Tak | | |  | |
| 32 | | **Alarmy** | | | | | | | | |
| 33 | | Inkubator posiada alarmy akustyczno – optyczne | | | | Tak | | |  | |
| 34 | | Automatyczne nastawy alarmów dostępne dla różnych trybów | | | | Tak | | |  | |
| 35 | | **Testy i pozostałe parametry** | | | | | | | | |
| 36 | | Inkubator wykonuje automatycznie test sprawdzający po włączeniu do sieci | | | | Tak | | |  | |
| 37 | | **Eksploatacja** | | | | | | | | |
| 38 | | Ścianki boczne kopuły odchylane do mycia i dezynfekcji. | | | | Tak | | |  | |
| 39 | | **Wyposażenie** | | | | | | | | |
| 40 | | Czujnik temperatury skóry centralnej do układu regulacji co najmniej 5 szt. / inkubator (jednorazowy). | | | | Tak | | | |  |
| 41 | | Czujnik temperatury skóry obwodowej do układu regulacji co najmniej 5 szt. / inkubator (jednorazowy). | | | | Tak | | | |  |
| 42 | | Plasterki mocujące czujniki temperatury – odblaskowe, z hydrożelem | | | | Tak | | | |  |
| 43 | | Przewód pneumatyczny do gazów medycznych. | | | | Tak | | | |  |
| 44 | | Inkubator ma wbudowany zegar Apgar i minutnik | | | | Tak | | | |  |
| 45 | | Waga zintegrowana z leżem noworodka gwarantująca ważenie bez wyjmowania dziecka z inkubatora | | | | Tak | | | |  |
| 46 | | 2 szyny typu GCX do mocowania dodatkowego wyposażenia | | | | Tak | | | |  |
| 47 | | Pokrowiec na kopułę umożliwiający prowadzenie fototerapii | | | | Tak | | | |  |
| 48 | | Ramię do leczenia wytrzewień mocowane do tacy materacyka | | | | Tak | | | |  |
| 49 | | Ramię do podtrzymywania rur oddechowych mocowane do materacyka | | | | Tak | | | |  |
| 50 | | Szyna uniwersalna uchylana mocowana z boku | | | | Tak | | | |  |
| 51 | | Diagnostyczna lampa diodowa zintegrowana mocowana na szynie inkubatora. Wyposażona w funkcję doboru barwy światła w celu wykonywania różnych procedur medycznych oraz regulację natężenia światła. | | | | 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*