**Pakiet 2 załącznik 2**

**Inkubator Zamknięty do intensywnej opieki szt 1**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | | **Parametry ogólne** | **Wymagane** | | **Podać** | |
| 2 | | Spełnia wymagania „CE”, nr certyfikatu | Tak | |  | |
| 3 | | Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce | Tak | |  | |
| 4 | | **Kopuła inkubatora** | | | | |
| 5 | | Wygodny dostęp do wnętrza z 4 stron | Tak | |  | |
| 6 | | Odchylana przednia i tylna ścianka | Tak | |  | |
| 7 | | Drzwiczki z cichym zamkiem z 4 stron inkubatora | Tak | |  | |
| 8 | | Wymiary materacyka: szerokość przynajmniej 34cm, długość przynajmniej 70 cm | Tak | |  | |
| 9 | | Otwory – uszczelnione przepusty w wyjmowanymi uszczelkami do wprowadzania rur respiratora, cewników i przewodów monitorowania, przynajmniej 10 niezależnych otworów z uszczelkami | Tak | |  | |
| 10 | | Podwójne ścianki | Tak | |  | |
| 11 | | Możliwość wyjęcia dziecka z inkubatora bez odłączania przewodów i drenów | Tak | |  | |
| 12 | | Hałas we wnętrzu <47 dB | Tak | |  | |
| 13 | | Przystosowany do zdjęć rentgenowskich – kaseta z rtg wkładana do szuflady pod materacykiem bez dotykania dziecka. Szuflada wyposażona w podziałkę ułatwiającą pozycjonowanie kasety. | Tak | |  | |
| 14 | | Materacyk wysuwany poza obrys kopuły inkubatora | Tak | |  | |
| 15 | | Płynna regulacja nachylenia materacyka przynajmniej +/- 120 | Tak | |  | |
| 16 | | Nachylenie materacyka realizowane poza przedziałem pacjenta, pokrętła regulacji nachylenia materacyka po bokach inkubatora | Tak | |  | |
| 17 | | **Podstawa** | | | | |
| 18 | | Na kółkach z hamulcami i elektryczną regulacją wysokości | Tak | |  | |
| 19 | | Wygodne uchwyty do przemieszczania inkubatora | Tak | |  | |
| 20 | | **Regulacja temperatury** | | | | |
| 21 | | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury powietrza | Tak | |  | |
| 22 | | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury skóry dziecka | Tak | |  | |
| 23 | | Zakres regulacji temperatury powietrza min. 200-390C | Tak | |  | |
| 24 | | Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury skóry dziecka min. 34-38oC | Tak | |  | |
| 25 | | Zabezpieczenie przez przypadkowym nastawieniem temperatury powietrza i skóry >37° | Tak | |  | |
| 26 | | Możliwość jednoczesnego pomiaru dwóch temperatur skóry | Tak | |  | |
| 27 | | Jednoczesne wyświetlanie obydwu zmierzonych temperatur pacjenta | Tak | |  | |
| 28 | | Ekran trendów dla porównania zmian na jednym wykresie temperatury centralnej i obwodowej | Tak | |  | |
| 29 | | W komplecie 20 jednorazowych czujników temperatury skóry i 50 plasterków do mocowania czujnika | Tak | |  | |
| 30 | | Tryb kangurowania – zliczający czas kangurowania, oraz automatycznie utrzymujący stabilne środowisko pod kopułą w czasie nieobecności pacjenta | Tak | |  | |
| 31 | | **Nawilżanie powietrza** | | | | |
| 32 | | Bezpieczny nawilżacz: zbiornik, komora parownika oraz przewód doprowadzenia pary do przedziału pacjenta w całości demontowane bez użycia narzędzi, w celu sterylizacji | Tak | |  | |
| 33 | | Automatyczne utrzymywanie zadanej wilgotności powietrza, w zakresie min. 30-95% programowane co 1% | Tak | |  | |
| 34 | | Świetlny i dźwiękowy alarm braku wody | Tak | |  | |
| 32 | | **System kontroli kondensacji** | | | | |
| 33 | | Wbudowany w inkubator system gromadzenia skroplin | Tak | |  | |
| 34 | | Zewnętrzny zbiornik z filtrem | Tak | |  | |
| 35 | | **Tlenoterapia** | | | | |
| 39 | | Inkubator wyposażony w serwosystem sterowania stężeniem tlenu pod kopułą | Tak | |  | |
| 40 | | Programowanie stężenia tlenu pod kopułą w zakresie min. 21-65% programowane co 1% | Tak | |  | |
| 41 | | Świetlny i dźwiękowy alarm niskiego i wysokiego stężenia | Tak | |  | |
| 42 | | **Wbudowana waga** | | | | |
| 43 | | Pomiar masy ciała pacjentów w zakresie min od 300 do 7000g | Tak | |  | |
| 44 | | Rozdzielczość wyświetlania masy ciała – min.10g | Tak | |  | |
| 45 | | **Wyposażenie** | | | | |
| 46 | | Wieszak na giętkim ramieniu do mocowania rur respiratora/CPAP wewnątrz inkubatora przymocowany do tacy materacyka – podczas wysuwania materacyka wyjeżdża razem z nim | Tak | |  | |
| 47 | | Kołderka/osłona inkubatora przystosowana do prowadzenia fototerapii | Tak | |  | |
| 48 | | Min. 1 szafka na akcesoria | Tak | |  | |
| 49 | | Wysięgnik na kroplówki zintegrowany z inkubatorem | Tak | |  | |
| 50 | | Półka na monitor zintegrowana z inkubatorem | Tak | |  | |
| 51 | | **Układy alarmowe** | | | | |
| 52 | | Sygnalizacja świetlna pozwalająca łatwo odróżnić alarmujący inkubator z większej odległości | Tak | |  | |
| 53 | | Jednoznaczna informacja o przyczynie alarmu, podać sposób realizacji | Tak | |  | |
| 54 | | Komunikaty tekstowe po polsku opisujące przyczynę alarmu | Tak | |  | |
| 55 | | Świetlny i dźwiękowy alarm wzrostu i spadku temperatury powietrza i skóry | Tak | |  | |
| 56 | | Świetlny i dźwiękowy alarm wzrostu i spadku stężenia tlenu | Tak | |  | |
| 57 | | Alarmy techniczne sygnalizujące uszkodzenie lub odłączenie | 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*