**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- podać24 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*