******

 *Zadanie nr 5*

*Załącznik nr …*

 *do umowy nr PN/D/AM/23-…./20*

 *z dnia …………………*

1. **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

**Stanowisko do resuscytacji noworodka – 1 szt.**

(nazwa urządzenia oraz ilość sztuk)

dla potrzeb **Sali Porodowej**

(nazwa komórki organizacyjnej)

**Model/typ oferowanego urządzenia: …………….………… Producent/firma: ……………………….…**

(wypełnia Wykonawca) (wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji: 2020**

(wypełnia Zamawiający)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – wymagania minimalne** | Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych**TAK / NIE\*** | W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne (korzystniejszych dla Zamawiającego) należy podać parametry oferowane |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **I** | **PARAMETRY TECHNICZNE I FUNKCJONALNE URZĄDZENIA** |
| **1.** | ZasilaniePrąd zmienny 230 ± 20 V AC 50/60 Hz.  |  |  |  |  |
| **2.** | Ogrzewanie promiennikiem podczerwieni z kwarcowym źródłem iR. Kolumna mocująca promiennik wykonana w sposób umożliwiający dostęp do noworodka i jego pielęgnacje od strony główki noworodka (od strony kolumny). |  |  |  |  |
| **3.** | Regulacja temperatury grzania w układzie servo (pomiar na skórze) w zakresie 34-38ºC. Ręczna regulacja temperatury grzania. Cyfrowy miernik temperatury skóry noworodka: odczyt z rozdzielczością 0,1ºC |  |  |  |  |
| **4.** | Funkcja wstępnego dogrzewania pre-heat – po włączeniu funkcji, stanowisko grzeje na 100 procent mocy promiennika, po uzyskaniu temperatury automatycznie przechodzi w tryb manualny. |  |  |  |  |
| **5.** | Wbudowane w kolumnę promiennika oświetlenie zabiegowe LED z możliwością jego włączenia lub wyłączenia, niezależnie od pracy promiennika |  |  |  |  |
| **6.** | Wyświetlacz z wydzieloną osobną sekcją dla temperatury, mocy grzałki, zegara APGAR. Zegar Apgar zintegrowany z urządzeniem, wyposażony w sygnały dźwiękowe możliwe do ustawienia w 4 interwałach czasowych oraz zegar CPR.  |  |  |  |  |
| **7.** | Alarmy akustyczne i optyczne |  |  |  |  |
| **8.** | Lampa alarmów umieszczona w sposób dobrze widoczny z odległości kilku metrów  |  |  |  |  |
| **9.** | Przekroczenia nastawionej temperatury pracy (przegrzania) w trybie ręcznym i servo |  |  |  |  |
| **10.** | Brak połączenia czujnika naskórnego – odklejenie czujnika |  |  |  |  |
| **11.** | Zanik napięcia zasilającego.Alarmy techniczne – awaria grzałki, uszkodzenie czujnika temp |  |  |  |  |
| **12** | Promiennik nagrzewający obracany w płaszczyźnie poziomej o kąt 170º, w celu wykonania zdjęcia Rtg. Wyposażony w wygodne uchwyty po obu jego stronach. |  |  |  |  |
| **13.** | Wymiary materacyka dla noworodka 700 x 500 mm - poziomica w platformie urządzenia. |  |  |  |  |
| **14.** | Regulowane położenie leża noworodka do pozycji Trendelenburga i anty/ Trendelenburga w sposób płynny i cichy (bezstresowo) zakres ± 13º |  |  |  |  |
| **15.** | Stabilna konstrukcja osadzona na 4 kółkach, 2 kółka wyposażone w hamulec. |  |  |  |  |
| **16.** | Ścianki boczne leża:1. wykonane z tworzywa bezbarwnego odpornego na UV;
2. odporne na zmywanie w środkach dezynfekcyjnych;
3. odchylane o kąt 180º (min. 3 ścianki);
4. przynajmniej jedna ścianka posiada przepust dla mocowania rur i przewodów;
5. ścianki wyposażone w mechanizm wolnego opadania (min. 3 ścianki)
 |  |  |  |  |
| **17.** | Zintegrowane do stanowiska urządzenie do resuscytacji noworodków, umieszczone centralnie na środku stanowiska, z regulowanym ciśnieniem wdechowym od 5 do 70 cmH2O i PEEP 1-10cmH2O. Umożliwia ręczne taktowanie częstości oddechowej. Posiada wbudowany manometr wskazujący ciśnienie w drogach oddechowych (zakres ciśnień : -20 (cm HO). do +80 (cm H2O). Wyposażony w wbudowany blender O2  |  |  |  |  |
| **18.** | Stężenie dostarczanego tlenu do 100%, zależnie od dostarczanego gazu |  |  |  |  |
| **19.** | Ssak inżektorowy zasilany sprężonym powietrzem – 1 szt.*(mocowanie do kolumny stanowiska z lewej lub prawej strony)* |  |  |  |  |
| **20.** | Czujnik naskórny do kontroli temperatury „servo”, Pokrowiec i prześcieradełko na materacyk |  |  |  |  |
| **II** | **INNE WYMAGANIA** |
| **1.** | Urządzenie fabrycznie nowe. |  |  |  |  |
| **2.** | Urządzenie spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 175 z późn. zm.), tzn. ma być oznakowane znakiem CE, a jeżeli ocena zgodności była przeprowadzana z udziałem jednostki notyfikowanej, to obok znaku CE ma być umieszczony numer identyfikacyjny tej jednostki. |  |  |  |  |
| **3.** | Instrukcja obsługi w języku polskim. |  |  |  |  |
| **4.** | Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego urządzenia w siedzibie Zamawiającego. |  |  |  |  |
| **5.** | Gwarancja min 24 miesiące zgodnie z wymogami zamawiającego.  |  |  |  |  |

*\** ***Uwaga!***

1. *W powyższej tabeli kolumnę nr 3 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*
2. *W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 3 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.*

**II. WARTOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, tj. dostawę Stanowiska do resuscytacji noworodka – szt. 1,** zgodnie z załącznikiem do umowy do zadania nr 1, **za kwotę: ………………………………………..zł**

**Wartość przedmiotu zamówienia netto wynosi …………………………………………. zł**

*Słownie ………………………………………………………………………………… złotych 00/100*

**VAT: ….. %, kwota podatku VAT: ……………….. zł**

**Wartość przedmiotu zamówienia brutto wynosi ……………………….. zł**

*Słownie ………………………………………………………………………………… złotych 00/100*

 ..................................................................

 *(podpis i pieczęć Wykonawcy)*