Załącznik nr 1 do swz (wypełnić i załączyć do oferty) Nr sprawy PCZ-NZP-382/6/21

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WYMAGANYCH WARUNKÓW**

**Zad. nr 6** – Kriokomora bez przedsionka - 1 szt.

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

Kraj pochodzenia: .......................................................

Rok produkcji: ......................................................

**Urządzenie medyczne klasy IIb**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
|  | 2-3 osobowa | TAK |  |
|  | Zakres uzyskiwanych temperatur (temperatura robocza) od -70°C do -160°C regulowana płynnie co 5 °C. | TAK |  |
|  | Możliwość obserwacji świadczeniobiorcy w trakcie zabiegu przez duże okno w komorze. | TAK |  |
|  | Dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych | TAK |  |
|  | Drzwi umożliwiające łatwe samodzielne wyjście pacjenta z komory w razie niebezpieczeństwa | TAK |  |
|  | Spełnia wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia | TAK |  |
|  | Wymagane certyfikaty: zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych, znak zgodności CE 93/42/EEC i 2007/47/EC z dyrektywą TUV NORD MDD 93/42/EEC, 93/42/EWG | TAK |  |
|  | Zasilanie – 230V | TAK |  |
|  | Maksymalny pobór mocy w czasie pracy: 1200W | TAK |  |
|  | Maksymalny pobór mocy w czasie suszenia i dezynfekcji: 2600W | TAK |  |
|  | Bezpieczne zasilanie wewnętrzne (oświetlenie, system zaworów): 12/24V | TAK |  |
|  | Klasa bezpieczeństwa: klasyfikacja wyrobu medycznego: IIa, reguła 9 **.** | TAK |  |
|  | Czynnik roboczy: **ciekłe powietrze** | TAK |  |
|  | Brak Wymienników ciepła. | TAK |  |
|  | System stand-by (podtrzymywanie temperatury pracy w oczekiwaniu na kolejną grupę pacjentów). | TAK |  |
|  | Wielopunktowy system czujników temperatury w komorze w czasie pracy – co najmniej dwa. | TAK |  |
|  | Wielopunktowy system czujników tlenu w komorze – co najmniej dwa. | TAK |  |
|  | System oświetlenia wnętrza komory. | TAK |  |
|  | System oświetlenia zewnętrznego komory. | TAK |  |
|  | Okno (niezamarzające) w komorze zabiegowej w celu kontaktu wzrokowego z pacjentem. | TAK |  |
|  | Wewnętrzne ściany i podłogi wykonane i pokryte materiałem bezpiecznym dla pacjenta. | TAK |  |
|  | Kontrola (alarm) zamknięcia drzwi wejściowych, oraz system wyłączenia zasilania w momencie otwarcia drzwi. | TAK |  |
|  | Możliwość awaryjnego przerwania zabiegu przez pacjenta (bezpieczne otwieranie drzwi od wewnątrz). | TAK |  |
|  | Kriokomora składająca się z dwóch modułów (Kriokomora właściwa, pomieszczenie techniczne) | TAK |  |
|  | Dezynfekcja za pomocą generatora ozonu | TAK |  |
|  | Osuszanie i dezynfekcja automatyczne (programowalne) w np. porze nocnej, bez udziału obsługi | TAK |  |
|  | System ostrzegawczy przed pomieszczeniem kriokomory (zintegrowany z panelem sterującym) zapobiegający przypadkowemu kontaktowi personelu z ozonem | TAK |  |
|  | Panel sterujący wraz z ekranem informacyjnym (widoczne wszystkie parametry zabiegu oraz alarmy) ma być odporny na zawilgocenie i możliwy do dezynfekcji. | TAK |  |
|  | Wymiary bez otwartych drzwi: długość min. 1 m 5 cm (+/- 20 cm);szerokość min. 2m 5 cm (+/- 20 cm); wysokość min. 2 m 70 cm (+/- 20 cm). | TAK |  |
|  | Możliwość ciągłej pracy (bez przerw na rozmrażanie/osuszanie) do 8 godzin | TAK |  |
|  | Klawiatura w urządzeniu sterującym odporna na zawilgocenie i możliwa do dezynfekcji. | TAK |  |
|  | Przeglądy: co roku (w okresie gwarancji bezpłatnie) | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu (certyfikat potwierdzający przeszkolenie personelu) przez Wykonawcę | TAK |  |
|  | Certyfikat CE, deklaracja zgodności, informacja ostrzegawcza. | TAK |  |
|  | Gwarantowana dostępność części zamiennych 10 lat | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Polskojęzyczny panel sterujący, dotykowy panel sterujący z funkcjami m.in.* programowalny czas zabiegu w przedziale 1-5 minuty
* programowalny przez obsługę czas osuszania 5-10 godzin,
* komunikacja głosowa obsługi z pacjentem,
* wizualizacja temperatur zabiegowych,
* wizualizacja czasu zabiegu,
* wizualny informacja o stężeniu tlenu
* stan procesu automatycznego osuszania,
 | TAK |  |
|  | Sygnały ostrzegawcze o nieprawidłowych parametrach zabiegowych | TAK |  |
|  | System dźwiękowy o upływającym czasie, po 1, 2 i 3 minutach. | TAK |  |
|  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące | TAK |  |
|  | System zapobiegający zbyt długiemu pozostaniu w komorze pacjenta. Jeżeli pacjenci nie zostaną wyprowadzeni po krótkim czasie, rozbrzmiewa alarm | TAK |  |
|  | Czujnik tlenu w komorze zabiegowej. Wielopunktowy system czujników tlenu w komorze | TAK |  |
| 43 | Rurociąg doprowadzający gaz do komory | TAK |  |
| 44 | Posadowienie zbiornika | TAK |  |
| 45 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – maksymalny czas podjęcia działań zmierzających do usunięcia awarii do 48 godz., czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw max. 72 godz., czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów z zagranicy max. 7 dni. | TAK |  |

Całkowity koszt: ……………. zł netto, …………….. zł brutto

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 SWZ, 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 Wykonawcy**