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

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WYMAGANYCH WARUNKÓW**

**Zad. nr 7** – Aparat do terapii nerkozastępczej - 1 szt.

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

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

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

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

**Klasa wyrobu medycznego :**  klasa II b.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| Rok produkcji: 2021 (fabrycznie nowy) | Tak |  |
| **Parametry ogólne** |
|  | Możliwość wykonywania heparynowych zabiegów CVVHD, CVVH z pre- i postdylucją, CVVHDF z pre- lub postdylucją | Tak |  |
|  | Możliwość wykonywania cytrynianowych zabiegów CVVHD, CVVHDF z postdylucją | Tak |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegu plazmaferezy z dostępnością do zestawów z minimum dwoma wielkościami plazmafiltra | Tak |  |
|  | Możliwość zabiegów ECCO2R w trakcie ciągłej terapii nerkozastępczej z dostępnością zestawu z wymiennikiem gazów o pow. min. 1,2 m2 | Tak |  |
|  | Możliwość wielokrotnej zamiany antykoagulacji cytrynianowej na heparynową w trakcie zabiegu bez konieczności zmiany zestawu | Tak |  |
|  | Możliwość prowadzenia jednoczesnej antykoagulacji cytrynianowej i heparynowej na aparacie bez dodatkowych zewnętrznych pomp | Tak |  |
|  | Kasetowy system drenów umożliwiający łatwy i szybki montaż oraz wielokrotną wymianę samego filtra w trakcie zabiegu, bez konieczności wymiany całej kasety | Tak |  |
|  | Systemy do podgrzewania roztworów | Tak |  |
|  | Zakres regulacji temperatury dializatu/substytutu min. 35 – 38 ºC | Tak |  |
|  | Możliwość wyłączenia ogrzewania roztworów | Tak |  |
|  | Wydajność pompy krwi min. 10 – 450 ml/min | Tak |  |
|  | Komunikacja oraz graficzny podgląd istotnych stanów pracy urządzenia poprzez kolorowy ekran minimum 12” | Tak |  |
|  | System pomocy kontekstowej | Tak |  |
|  | Detektor powietrza | Tak |  |
|  | Detektor przecieku krwi | Tak |  |
|  | Minimum 5 pomp perystaltycznych (krwi, filtratu, substytutu, dializatu, cytrynianu) | Tak |  |
|  | Dodatkowa pompa strzykawkowa do podaży heparyny | Tak |  |
|  | Pomiar ciśnienia dostępu, zwrotu, przed filtrem oraz filtratu (effluentu) | Tak |  |
|  | Zasilanie awaryjne zapewniające podtrzymanie krążenia pozaustrojowego przez co najmniej 15 min. | Tak |  |
|  | System bilansujący grawimetryczny  | Tak |  |
|  | Bezpłatna aktualizacja oprogramowania w trakcie całego okresu eksploatacji | Tak |  |
| **Pozostałe** |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | Tak |  |
|  | Instrukcja w języku polskim (dostawa z urządzeniem) | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak |  |
|  | Częstotliwość przeglądów – zgodnie z zaleceniami producenta  | Podać  |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 48 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych (terminy dotyczą okresu gwarancyjnego) | Tak |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |  |

Cena: ……………. 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**