|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE** | **Wymogi graniczne**  **TAK/ NIE** | | **Parametry oferowane/ podać zakresy**  **lub opisać** |
| **Gazometr** | | | | | |
| 1 | | Oferent / Producent | Podać |  | |
| 2 | | Nazwa i typ | Podać |  | |
| 3 | | Kraj pochodzenia | Podać |  | |
| 4 | | Rok produkcji - 2021 r. | Tak |  | |
| 5 | | Możliwość pomiaru z krwi włośniczkowej, tętniczej, żylnej , płynów kontrolnych | Tak |  | |
| 6 | | Możliwość jednoczesnego i z jednej próbki pomiaru następujących parametrów: pH, pO2, pCO2, BE, tCO2, HCO3, Ca++, Na+, K+, Cl-, AnGap, Hgb, SO2, Hct, mleczany | Tak |  | |
| 7 | | Pomiar w oparciu o kasety testowe jednorazowego użytku, zawierające elektrody i płyny kalibracyjne. Dostarczenie wraz z aparatem dedykowanych kaset testowych w ilości nie mniejszej niż 50 sztuk | Tak |  | |
| 8 | | Możliwość podania materiału zarówno z dedykowanej kapilary, jak i z strzykawki. Dostarczenie wraz z gazometrem dedykowanych kapilar i strzykawek. Dostarczenie wraz z aparatem dedykowanych kapilar i strzykawek w ilości nie mniejszej niż po 100 sztuk | Tak |  | |
| 9 | | Możliwość przechowywania kaset testowych w temperaturze pokojowej. | Tak |  | |
| 10 | | Możliwość uzyskania wyników badań w czasie **do 12 minut**, poprzedzone kalibracją kaset, kontrolą wewnętrzną przed każdym badaniem. | Tak |  | |
| 11 | | Sterowanie za pomocą ekranu dotykowego z menu w formie obrazków dostępnym w języku polskim. | Tak |  | |
| 12 | | Gazometr przenośny **(o wymiarach i wadze, które zapewnia możliwość szybkiego i bezproblemowego przemieszczania się pomiędzy salami chorych i pomiędzy łózkami pacjentów),** zasilanie sieciowe, akumulator, czas działania na bateriach do 6-8 godzin | TAK |  | |
| 13 | | Możliwość podglądu wyników bezpośrednio na ekranie gazometru, wydruku na bezprzewodowej, mobilnej drukarce termicznej lub przesłania do komputera klasy PC za pomocą prostej aplikacji. | TAK |  | |
| 14. | | Instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK |  | |
|  | | | | | |
| 1. | Termin dostawy – od podpisania umowy | | Podać | |  |
| **WARUNKI GWARANCJI i SERWISU** | | | | | |
| 2. | Gwarancja – minimum 24 miesiące | | TAK | |  |
| 3. | SERWIS – czas reakcji serwisu od zgłoszenia usterki maximum 48 godzin **w dni robocze (od poniedziałku do piątku za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy)** | | TAK | |  |
| 4. | Nieodpłatne użyczenie sprzętu zastępczego ( na czas hipotetycznej naprawy ) o tożsamych lub wyższych parametrach użytkowych – celem zapewnienia ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez Zamawiającego | | TAK | |  |
| 5. | Szkolenie personelu w obsługi gazometru. | | TAK | |  |

……………………………………….

Formularz niniejszy powinien być podpisany

podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.