|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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.