##  Załącznik nr 2-62 ZOZ/DZP/PN/16/18

## ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO – UŻYTKOWYCH

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Zadanie nr 62**

**Inhalatory** 4 szt

|  |
| --- |
| Producent/kraj: |
| Model aparatu |
| **L.P.** | **Warunki wymagane i podlegające ocenie** | **Wartość wymagana****TAK/NIE** | **Wartość oferowana. Potwierdzenie parametru, numery katalogowe**  |
|  | **Parametry ogólne** |  |  |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe Rok produkcji 2017 lub 2018 | Tak |  |
| 2. | Inhalator tłokowy do nebulizacji do stosowania w szpitalu, przeznaczony do pracy ciągłej | Tak |  |
| 3. | Regulacja ciśnienia przepływu | Tak |  |
| 4. | Wbudowany manometr | Tak |  |
| 5. | Ciśnienie pracy do 1,3 bar do 2,5 bar | Tak |  |
| 6. | Maksymalny przepływ min. 16l/min | Tak |  |
| 7. | Przepływ roboczy min. 5,2l/min | Tak |  |
| 8. | Nebulizacja 0,5ml/min (0,9% NaCl) | Tak |  |
| 9. | Wielkość cząsek ( MMAD) max.3,25µm | Tak |  |
| 10. | Akcesoria: przewód łączący, 2 maski | Tak |  |
| 11. | Zasilanie 230V/50Hz | Tak |  |
| 12. | Poziom hałasu – max 60 dBDo 40 dB – 10 pktDo 50 dB – 5 pktDo 60 dB – 0 pkt | Tak/Podać |  |
| 13. | Waga urządzenia – max 2,2 kgDo 1,8 kg – 10 pktDo 2,0 kg – 5 pktDo 2,2 kg – 0 pkt | Tak/Podać |  |

|  |
| --- |
| **WARUNKI GWARANCJI I TERMIN DOSTAWY** |
| 1. | Gwarancja min. 24 m-cy :Gwarancja min. 24 mies.– 0 pkt Gwarancja min. 36 mies.– 10 pkt | TAK(PODAĆ) |  |
| 2. | Termin dostawy:  72 godziny - 0 pkt 48 godzin - 5 pkt 24 godziny - 10 pkt | TAK(PODAĆ) |  |
| 3. |  Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenie-podjęcie naprawy - w okresie gwarancji – 24 godziny - po okresie gwarancji – 48 godzin | TAK |  |
| 4. |  Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia - w okresie gwarancji - 3 dni - po okresie gwarancji – 5 dni | TAK |  |
| 5. |  Jeżeli czas naprawy będzie trwał dłużej niż 72 godziny, Zamawiający wymaga dostarczenia aparatu zastępczego o parametrach niegorszych niż oferowany. | TAK |  |
| 6. |  Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień trwania naprawy gwarancyjnej |  TAK |  |
| 7. |  Liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie gwarancji – 3 | TAK |  |
| 8. | Serwis gwarancyjny autoryzowany przez producenta i pogwarancyjny; ilość punktów serwisowych w Polsce, ich siedziba, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail) | PODAĆ |  |
| 9. | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży urządzenia - 10 lat | TAK |  |
| 10. | Serwis pogwarancyjny przez okres, co najmniej 8 lat. | TAK |  |
| 11. | Paszport techniczny, instrukcje obsługi w języku polskim; | TAK |  |
| 12. | Przeprowadzenie bezpłatnego szkolenia użytkowników pracujących w trybie zmianowym w czasie umożliwiającym przeszkolenie całego personelu w zakresie obsługi aparatu, dodatkowo potwierdzone certyfikatem w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |

**Uwagi** :

1. Niespełnienie któregoś z podanych warunków granicznych (wymaganych) skutkować będzie odrzuceniem oferty.

2. Oferta nie spełniająca wymogów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia podanych przez oferenta parametrów w dostępnych materiałach technicznych lub u producenta w przypadku powstania wątpliwości co do ich prawdziwości.

**Oświadczamy**, iż wyspecyfikowane powyżej urządzenia są kompletne i będą po montażu i zainstalowaniu gotowe do podjęcia prawidłowej pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

……………….data………………….

 ……………………………….

 Podpis osoby/osób upoważnionej