**Załącznik nr 2 OPZ Pakiet nr 6**

**Wykonawca:**

……………………………..

……………………………..

……………………………..

(nazwa firmy, adres)

Dokument musi być podpisywany zgodnie z zapisami Rozdział III SWZ.

**PAKIET NR 6**

|  |
| --- |
| **Pulsoksymetr – 2 szt.** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa urządzenia/typ/model |  |
| Producent |  |
| Rok produkcji min.2021 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cena netto** | **Ilość sztuk** | **Wartość netto** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto**  **(wartość netto + wartość VAT)** |
|  | 2 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | NAZWA PARAMETRU | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA** |
| 1 | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych kosztów po stronie Zamawiającego. Wyklucza się aparaty demo, powystawowe. | Tak |  |
| 2 | Jasny, kolorowy wyświetlacz LCD z możliwością ręcznej regulacji jasności ekranu | Tak |  |
| 3 | Automatyczna jasność: Czujnik światła otoczenia automatycznie dostosowuje jasność ekranu, aby zoptymalizować widoczność w różnych ustawieniach | Tak |  |
| 4 | Profile pacjenta: Ikona profilu zmienia się, a przycisk Home świecący w odpowiednich kolorach, aby zapewnić wizualne wskazania bieżącego ustawienia profilu | Tak |  |
| 5 | Akumulator litowo-jonowy, żywotność baterii co najmniej 7 godzin, czas ładowanie wynoszący max 3 godziny. | Tak |  |
| 6 | Komunikacja: WiFi (802.11abgn), Bluetooth® LE , Interfejs przywoływania pielęgniarki, Ethernet , Port USB | Tak |  |
| 7 | Ekran Multidotykowy: Dostosowanie zakresu wyświetlanego czasu trendu za pomocą intuicyjnych gestów palców | Tak |  |
| 8 | System alarmów: Zapewnia wizualne wskazania alarmów i komunikatów systemowych. Alarmy dźwiękowe i wizualne dla szybkiej identyfikacji alarmującego parametru | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancyjne** |  |  |
| 9 | Bezpłatna dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu natychmiast po dostawie, potwierdzona protokołami z przeprowadzonych szkoleń , odbioru sprzętu i przekazania do eksploatacji | Tak |  |
| 10 | Szkolenie personelu w zakresie procesu sterylizacji elementów urządzenia o ile takie będą występować | Tak |  |
| 11 | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych, eksploatacyjnych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 6 lat od daty zawarcia umowy | Tak |  |
| 12 | Bezpłatne przeglądy okresowe w czasie trwania gwarancji.  Liczba przeglądów uwarunkowana wymogami producenta jednak nie rzadziej niż raz w roku | Tak |  |
| 13 | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego aparatu (dokumenty załączyć) | Tak |  |
| 14 | Przeprowadzenie na koszt wykonawcy testów akceptacyjnych aparatu. | Tak |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 16 | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | Tak |  |
| 17 | Dokumenty upoważniające urządzenie do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa w tym m. in: paszport (z wprowadzoną datą uruchomienia i datą następnego przeglądu dd-mm-rr), karta gwarancyjna, potwierdzenie, że dostarczane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i stosowania w służbie zdrowia zgodnie z obowiązującymi przepisami, instrukcje obsługi, opisy techniczne, w przypadku urządzeń lub elementów urządzenia wymagających tego – zasady przeprowadzania procesów dekontaminacji (mycie, dezynfekcja i sterylizacja). | Tak |  |
| 18 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. do 48 godzin (dotyczy dni roboczych). | Tak |  |
| 19 | Maksymalny czas usuwania awarii - 3 dni robocze. | Tak |  |
| 20 | Autoryzowany serwis w okresie gwarancji | Tak |  |
| 21 | Siedziba serwisu gwarancyjnego (podać nazwę i dane kontaktowe) | Podać |  |
| 22 | Broszura lub inny dokument równoważny zawierający wykaz parametrów technicznych producenta potwierdzający wszystkie wymagane parametry, opisane przez Zamawiającego | Tak |  |