**Aparat do wentylacji nieinwazyjnej – łącznie 26 sztuk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aparat do wentylacji nieinwazyjnej** | | **Warunek** | **Potwierdzenie/**  **Opis Wykonawcy** |
| **1** | **Typ/Model** | **Tak/Podać** |  |
| **2** | **Producent** | **Tak/Podać** |  |
| **3** | **Rok produkcji** | **Tak/Podać** |  |
| **4** | Zaoferowany przedmiot zamówienia musi posiadać dopuszczenie do obrotu i do używania zgodnie z ustawą dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) w szczególności:   1. spełniać tzw. Wymagania zasadnicze, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia uwzględniającym wymagania prawa wspólnotowego w szczególności w zakresie wytwarzania, opakowania i oznakowania tych wyrobów; 2. posiadać deklarację zgodności dla oferowanego przedmiotu zamówienia;   c ) oznakowano je znakiem zgodności CE | Tak/Podać |  |
| **5** | Wykaz dostawców części i materiałów – zgodnie z art. 90 ust. 3 Ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |
| **6** | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności – zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. ( Dz. U. z 2019r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |
| **Ogólne parametry techniczne** | | | |
| **1.** | Tryby oddechu wspomaganego minimum: CPAP, S, T, ST | Tak/Podać |  |
| **2.** | Regulacja ciśnienia wdechowego minimum 4-30 cm H2O | Tak/Podać |  |
| **3.** | Regulacja ciśnienia wydechowego minimum 4- 20 cm H2O | Tak/Podać |  |
| **4.** | Regulacja częstości oddechu minimum 0 – 30 oddech/min | Tak/Podać |  |
| **5.** | Maksymalny przepływ minutowy minimum 130 l | Tak/Podać |  |
| **6.** | Alarm bezdechu | Tak |  |
| **7.** | Regulacja stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej 21-100 % | Tak/Podać |  |
| **8.** | Maksymalny poziom hałasu pracującego urządzenia 30 dB | Tak/Podać |  |
| **9.** | Automatyczna kompensacja ciśnienia atmosferycznego do 3000 m | Tak/Podać |  |
| **10.** | Prezentacja podstawowych parametrów pracy na ekranie LCD | Tak |  |
| **11.** | Możliwość podłączenia hełmów | Tak |  |
| **12.** | Wyposażenie aparatu:  - maska ustno-nosowa jednorazowego użytku w ilości minimum 10 sztuk  - niezbędne akcesoria do podłączenia | Tak |  |
| **Warunki serwisu** | | | |
| **1.** | Okres gwarancji minimum 36 miesięcy | Tak/Podać |  |
| **2.** | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi okresowe przeglądy techniczne przedmiotów zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu. Ostatni przegląd musi zostać wykonany w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak/Podać |  |
| **3.** | Czas reakcji na zgłoszenie usterki nastąpi najpóźniej w następnym dniu roboczym od dnia zgłoszenia. Dni robocze rozumiane są jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| **4.** | Czas skutecznej naprawy od momentu zgłoszenia awarii – max. 5 dni roboczych, rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| **5.** | Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 10 lat. | Tak/Podać |  |
| **6.** | W okresie gwarancji Wykonawca do napraw i przeglądów będzie używał wyłącznie nowych części zamiennych | Tak/Podać |  |
| **7.** | Przedłużenie gwarancji o czas niesprawności sprzętu | Tak/Podać |  |
| **8.** | Serwis gwarancyjny świadczony będzie przez podmiot autoryzowany przez Producenta, świadczący usługi w miejscu instalacji sprzętu. Komunikacja z serwisem odbywać się będzie w języku polskim | Tak/Podać |  |