**Załącznik nr 2B**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla zadania 1.2 – Pompa objętościowa**  **3 szt.** | | |
|  | **Wykonawca ……………………………………………………………………………………………** | |
| L.p. | Wymagania Zamawiającego | Potwierdzenie spełnienia wymagań poprzez dokładny opis wymagań lub wpisanie odpowiedzi TAK potwierdzające spełnienie wymagań |
| Parametry wymagane | |  |
| 1 | Rok produkcji: minimum 2018, sprzęt fabrycznie nowy |  |
| 2 | Waga urządzenia maksimum 2.5kg | Parametr oceniany |
| 3 | Pompa wyposażona w wewnętrzny akumulator umożliwiający pracę pompy bez źródła prądu, czas pracy na akumulatorze minimum 5 godzin |  |
| 4 | Zakres prędkości infuzji minimum 0,1 do 999,9 ml/h |  |
| 5 | Zmiana szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu |  |
| 6 | Bolus podawany na żądanie, w dowolnym momencie infuzji |  |
| 7 | Cykl życia nie mniejszy niż 5 lat pracy ciągłej |  |
| 8 | Alarm wizualny lub akustyczny co najmniej :   * rozładowana bateria, * infuzja zakończona, * brak zewnętrznego zasilania, * niski poziom baterii, * powietrze w linii |  |
| 9 | Wyświetlacz z podświetleniem, praca w tzw. „trybie nocnym” |  |
| 10 | Wyświetlacz czytelny pod kątem minimum 40 stopni |  |
| 11 | Biblioteka na minimum 100 leków i wyświetlania jednej z nich w czasie infuzji. |  |
| 12 | Blokada ustawień |  |
| 13 | Zasilanie: AC 230 [V], 50 [Hz] |  |
| 14 | Menu pompy w języku Polskim. |  |
| 15 | Funkcja programowania infuzji bez założonego drenu – przygotowanie pompy na przyjście pacjenta |  |
| 16 | Wodoszczelność min IP 22 | Parametr oceniany |
| 17 | Historia pracy dostępna z menu pompy |  |
| 18 | Wykrywanie powietrza w linii |  |
| 19 | System drenów do podaży cytostatyków do pompy posiadający badania potwierdzające, iż stanowi zamknięty system w myśl definicji NIOSH. |  |
| 20 | Pompa musi umożliwiać podaż w systemie wielodrożnym zamkniętym zarówno leków standardowych jak i światłoczułych. |  |
| 21 | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 5 lat od dostawy |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Inne wymagania | |  |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesięcy | Parametr oceniany |
| 2 | W okresie gwarancji wykonanie przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta z wyszczególnieniem czynności wykonywanych podczas przeglądów – dostarczyć dokument z urządzeniem. |  |
| 3 | W przypadku zgłoszenia jakiejkolwiek niesprawności naprawa nastąpi w ciągu maksimum 5 dni roboczych od daty zgłoszenia. |  |
| 4 | W przypadku wydłużenia czasu naprawy powyżej 5 dni roboczych wykonawca dostarczy sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych niż zaoferowany w okresie 7 dni roboczych od daty zgłoszenia niesprawności |  |
| 5 | Liczba napraw powodująca wymianę elementu na nowy – 3 naprawy tego samego elementu |  |
| 6 | Przeszkolenie personelu w ilości minimum 3 osoby |  |
| 7 | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem |  |
| 8 | Certyfikaty CE, deklaracje zgodności i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski wymagane obowiązującymi przepisami prawa |  |
| 9 | Szkolenie wskazanego pracownika Sekcji Aparatury i Sprzętu Medycznego z zakresu obsługi, konserwacji oraz prostych napraw |  |
| 10 | Po wygaśnięciu umowy i zakończeniu okresu gwarancji, Wykonawca zobowiązuje się do odblokowania sprzętu w sposób zapewniający możliwość świadczenia usługi pogwarancyjnej obsługi serwisowej urządzenia bezpośrednio przez zamawiającego lub powierzenia jej podmiotowi trzeciemu. W szczególności, Wykonawca przekaże Zamawiającemu wszelkie niezbędne do tego dostępy i kody serwisowe do urządzeń. |  |

**POUCZENIE:**

W przypadku, gdy Wykonawca potwierdzi wymaganie Zamawiającego poprzez wpisanie słowa „TAK” Zamawiający uzna, że Wykonawca spełni je w całości.

....................................……..…… ………..………………………………………..……………………………

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w

dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)