

Załącznik Nr 3 do SWZ

Parametry techniczne – opis przedmiotu zamówienia- aparaty do hemodializ 13 szt

1. Producent
2. Nazwa-model/typ
3. Kraj pochodzenia
4. Rok produkcji

WYMAGANIA TECHNICZNE

	Parametry wymagane/ progowe	Warunek	Parametry oferowane przez wykonawcę/opisać
1.	Profilowanie sodu	TAK	
2.	Profilowanie ultrafiltracji	TAK	
3.	Graficzny podgląd istotnych stanów pracy urządzenia	TAK	
4.	Bateria, która w przypadku braku zasilania z sieci energetycznej zapewni pracę aparatu przez co najmniej 15 min	TAK	
5.	Kontrolowana w sposób ciągły ultrafiltracja	TAK	
6.	Wykonywanie hemodializy wodorowęglanowej na ogólnie dostępnych koncentratkach	TAK	
7.	Regulowany przepływ dializatu w zakresie 300-800 ml/min	TAK	
8.	Automatyczny test funkcjonalny aparatu zarówno przed jak i w trakcie zabiegu dializy	TAK	
9.	Płynna regulacja przepływu pompy krwi w zakresie 20-600 ml/min	TAK	
10.	Płynny start pompy krwi w dializie z jedną igłą przy użyciu jednej pompy	TAK	
11.	Pompa heparyny z możliwością podania automatycznie żądanej wielkości „bolusa” oraz timerem	TAK	
12.	Program pracy : hemodializa, dializa z jedną igłą i jedną pompą	TAK	
13.	Ultrafiltracja sekwencyjna (ISO UF) – „sucha UF” bez przepływu dializatu	TAK	
14.	Programy dezynfekcji chemicznej cytotermicznej	TAK	
15.	Programy dezynfekcji termicznej	TAK	
16.	Wytwarzanie dializatu dwuwęglanowego z suchego ładunku na 1 zabieg HD	TAK	
17.	Możliwość współpracy z centralnym systemem komputerowym	TAK	
18.	Oprogramowanie i komunikacja z użytkownikiem w języku polskim	TAK	
19.	Wtyk zasilania elektrycznego zgodny ze standardem CEE	TAK	
20.	Automatyczny program dezynfekcji aparatu	TAK	
21.	Czas reakcji serwisowej do max .24 godzin	TAK	

	przez 6 dni w tygodniu (od poniedziałku do soboty) , od chwili zgłoszenia awarii (tylko autoryzowany serwis)		
22.	Bezpłatne naprawy serwisowe, przeglądy techniczne i konserwacje oraz bezpłatna wymiana części zużywalnych podczas całego okresu trwania umowy	TAK	
23.	Szkolenie dla personelu obsługującego i technicznego w zakresie konserwacji i naprawy.	TAK	
24.	Wstawienie aparatu zastępczego na czas realizacji naprawy na koszt Wykonawcy	TAK	
25.	Pełna dokumentacja serwisowa przy odbiorze zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r Art.90	TAK	
26.	Liczba przeglądów w okresie dzierżawy;końcowy przegląd gwarancyjny w ostatnim miesiącu gwarancji/dzierżawy	TAK Podać (wg zaleceń producenta)	
27.	Rok produkcji aparatu – 2021 r.	TAK	

Parametry zaznaczone „TAK” **należy traktować jako niezbędne minimum** których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty katalogach, folderach, instrukcjach w języku polskim ze wskazaniem nr strony .

.....

Data i pieczęć firmowa

.....

Podpis osoby upoważnionej