**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

**Oferta techniczna**

**Określenie parametrów technicznych oferowanych do dzierżawy aparatów**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa aparatu** |  |
| **Typ aparatu** |  |
| **Producent** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji min. 2016** |  |
| **Lp.** | **Określenie wymaganego parametru** | **Potwierdzenie spełnienia wymogu** |
|  | Możliwość wykonania dializy octanowej i wodorowęglanowej na ogólnie dostępnych koncentratach |  |
|  | Możliwość wykonania dializy z jednego wkłucia  |  |
|  | Regulowany przepływ płynu w zakresie od 300 do 700 ml/min.  |  |
|  | Profilowanie ultrafiltracji |  |
|  | Niezależne profilowanie sodu, wodorowęglanu i ultrafiltracji  |  |
|  | Możliwość sekwencyjnej ultrafiltracji |  |
|  | Regulacja przepływu krwi obejmująca zakres od 50 do 500 ml |  |
|  | Automatyczne wykrywanie przecieku krwi |  |
|  | Kontrola obecności krwi w liniach krwi |  |
|  | Ciągły pomiar ultrafiltracji  |  |
|  | Pompa heparyny z możliwością automatycznego podania żądanego bolusa |  |
|  | Możliwość wytwarzania koncentratu dwuwęglowego z suchego składnika na jedną dializę |  |
|  | Filtracja płynu dializacyjnego (ultraczysty dializat) |  |
|  | Pomiar klirensu (K) mocznika i stężenia Na+ wraz z podaniem informacji na ekranie z częstotliwością, co 30 lub 60 min w trakcie dializy.  |  |
|  | Automatyczne testowanie parametrów aparatu w czasie dializy oraz pomiar wskaźnika adekwatności dializy Kt/V on line  |  |
|  | Program dezynfekcji chemicznej |  |
|  | Program dezynfekcji termicznej |  |
|  | Graficzny podgląd parametrów dializy na ekranie |  |
|  | Oprogramowanie i komunikacja w języku polskim |  |
|  | Mankiet do pomiaru ciśnienia krwi zintegrowany z aparatem |  |
|  | System blokowania kół |  |
|  | Możliwość realizacji dializy na dializatorze typu HIGH-FLUX lub równoważnym |  |
|  | Funkcja podłączenia środka dezynfekcyjnego na bazie chloru |  |
|  | Archiwizacja przeprowadzonych dezynfekcji (data, rodzaj, skutek ) |  |
|  | Możliwość przechowywania aparatu pomiędzy zabiegami bez zawartości płynu w przestrzeniach aparatu |  |
|  | Akumulator (bateria), która w przypadku braku zasilania z sieci energetycznej zapewni pracę aparatu, przez co najmniej 15 min. |  |
|  | Zasilanie 230V 50 Hz |  |
| **Inne wymagania** |
|  | Szkolenie personelu obsługującego i technicznego w zakresie obsługi oraz konserwacji i naprawy aparatów w miejscu ich użytkowania oraz potwierdzenie wystawionymi certyfikatami |  |
|  | Dostarczona aparatura powinna być bezwzględnie wyposażona we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria  |  |
|  | Bezpłatne naprawy serwisowe, przeglądy techniczne, podstawowe zestawy przeglądowe, konserwacje oraz bezpłatna wymiana części zużywalnych w trakcie całego okresu trwania umowy. |  |
|  | W okresie trwania umowy w przypadku awarii aparatu trwającej dłużej niż 72 godz. oferent zobowiązany jest do wstawienia urządzenia zastępczego. |  |
|  | Dostarczenie następujących dokumentów dotyczących aparatów:Paszport techniczny przy odbiorze, instrukcje obsługi w języku polskim, certyfikaty w języku polskim dołączone do oferty i przy odbiorze. Zamawiający dopuszcza instrukcje obsługi w wersji papierowej lub na nośniku elektronicznym  |  |
|  | Dostarczenie następujących dokumentów dotyczących materiałów zużywalnych: **dowody dopuszczenia wyrobu medycznego do obrotu i stosowania na rynku krajowym**, aktualny dokument dopuszczający do obrotu ( tj. świadectwo , certyfikat CE wydany przez jednostkę notyfikowaną , deklaracja zgodności CE ; wpis lub zgłoszenie do Rejestru wyrobu medycznego oznaczonego znakiem zgodności CE ) Nie złożenie dokumentów / oświadczeń spowoduje **odrzucenie oferty**. |  |

**Uwaga: BRAK SPEŁNIENIA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH W JAKIMKOLWIEK PUNKCIE POWODUJE ODRZUCENIE OFERTY**

.............................................................. ...............................................................

  *(miejscowość i data) ( pieczęć i podpis Wykonawcy)*