*Załącznik nr 1*

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

 Pieczęć zamawiającego

**Respirator przenośny 1szt.**

**……………………………………………………………………………………………..**

Rodzaj sprzętu

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Wymogi techniczne i użytkowe stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z w/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2010 Nr 107, poz. 679) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | IP22 |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| 1 | Zasada działania czasowo zmienny generator przepływu | TAK |  |
| 2 | Sterowanie: pneumatyczne | TAK |  |
| 3 | Stały przepływ 8 – 39 l/min | TAK |  |
| 4 | Zasilanie pneumatyczne, suchy, bezolejowy gaz, ciśnienie 280 – 600 kPa | TAK |  |
| 5 | częstość oddechowa płynna regulacja w zakresie 8 – 40 odd/min | TAK |  |
| 6 | objętość oddechowa: płynna regulacja w zakresie 70 – 1500 ml | TAK |  |
| 7 | współczynnik I: E od 1:1,4 (przy 40 odd/min) do 1:2,5 (przy 8 odd/min | TAK |  |
| 8 | oddech manualny: zgodnie z nastawianą objętością i częstością oddechową | TAK |  |
| 9 | zastawka PEEP zintegrowana: zakres regulacji 0 – 20 cmH2O | TAK |  |
| 10 | przepływomierz: zakres regulacji 0,5 – 35 l/min. (model P310) zakres regulacji 0,5 – 35 l/min. (model P310) | TAK |  |
| 11 | ciśnienie w trybie CPAP: regulowane do maks. 10 – 16 cmH2O przyprzepływie 35 l/min | TAK |  |
| 12 | stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej: 50% / 100% | TAK |  |
| 13 | zastawka bezpieczeństwa: regulowana w zakresie 20 – 60 cmH2O | TAK |  |
| 14 | tryb „Demand” – zastawka „na żądanie”: przepływ zależny od podciśnienia w układzie oddechowym, ciśnienie aktywacji 2 cmH2O, przepływ maksymalny > 120 l/min. | TAK |  |
| 15 | minimalna objętość oddechowa blokująca cykl wentylacji CMV: 425 ml przy częstości 12 odd/min | .TAK |  |
| 16 | zakres pomiaru wbudowanego manometru ciśnienia: od −10 do +80 cmH2O | TAK |  |
| 17 | zużycie tlenu do sterowania pracą respiratora: ok. 60 ml/cykl | TAK |  |
| 18 | możliwość pracy w środowisku MRI o indukcji do 3 Tesla | Tak |  |
| 19 | temperatura pracy: −10 do +50 °C | TAK |  |
| 20 | temperatura przechowywania: −40 do +60 °C | TAK |  |
| 21 | wilgotność względna pracy / przechowywania: 0 – 95% | TAK |  |
| 22 | klasa odporności na wnikanie ciał stałych / cieczy: IP54 | TAK |  |
| 23 | zgodność z normą PN-EN 794-3, certyfikaty lotnicze, norma RTCA-DO 160 F | TAK |  |
| 24 | moduł alarmowy: alarm wysokiego ciśnienia w układzie oddechowym, sygnalizacja przekroczenia ciśnienia granicznegoalarm niskiego ciśnienia / rozłączenia w układzie oddechowym: ciśnienie < 10 cmH2O w czasie 10 sek.zasilanie: bateria litowa typ 123 A 3,6 V; bateria litowa AA Pneupac W269-023 do użytku w środowisku MRI | TAK |  |
| 25 | wymiary: 93 x 235 x 165 mm | TAK |  |
| 26 | waga: 2,4 kg | TAK |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu | TAK |  |
| 3 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 4 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 5 | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach (do … dni roboczych) | Tak, podać |  |
| 6 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy) | Tak, podać |  |
| 7 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

 data i podpisy