*Załącznik nr 1*

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

 Pieczęć zamawiającego

**Butla tlenowa 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 | Długość butli: max 240 mm | TAK |  |
| 2 | Długość butli z zaworem max 310 mm | TAK |  |
| 3 | Średnica max 102 mm | TAK |  |
| 4 | Waga max  1,62 kg | TAK |  |
| 5 | Ciśnienie robocze: min 200 bar | TAK |  |
| 6 | Ciśnienie próbne: min 300 bar | TAK |  |
| 7 | Wykonanie: butla ze stopu aluminium | 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