***Załącznik nr 2a – formularz ofertowy techniczny***

*Dotyczy: postępowania na Zakup wyposażenia dla Oddziału Zakaźnego oraz Psychiatrycznego do zadania pn. „Przebudowa i rozbudowa budynku Oddziału Zakaźnego w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie" – znak ZP/2501/26/23*

***Numer pozycji/części: P.29.***

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH (ODCINAJĄCYCH)**

Przedmiot przetargu: **Resuscytator – szt. 7**

Producent/Firma: ……………………………………………………………………………………………………………….……………………

Urządzenie nazwa typ: ................................................... Rok produkcji: ..............................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry, właściwości, funkcje i inne wymagania wobec urządzenia** | **Wymóg /wartość graniczna** | **Wymagany opis spełnienia wymogu** |
|  | Urządzenia fabrycznie nowe, rok produkcji 2023 | TAK |  |
|  | Resuscytator samorozprężalny z rezerwuarem tlenu dla dorosłych | TAK |  |
|  | Przeznaczony dla pacjentów o wadze powyżej 15kg | TAK |  |
|  | **Dostarczana objętość oddechowa (maksymalna)** - 1300ml | TAK |  |
|  | **Objętość rezerwuaru tlenu:** 1500ml | TAK |  |
|  | Worek z podwójną ścianą. | TAK |  |
|  | Minimum dwie maski z pompowanym mankietem w różnych rozmiarach do każdego resuscytatora. | TAK |  |
|  | Wszystkie elementy resuscytatora autoklawowalne | TAK |  |
|  | Certyfikaty dopuszczenia do stosowania w medycynie: polskie oraz międzynarodowe | TAK |  |
| **Warunki gwarancji i serwisu** | | | |
| 1. | Okres gwarancji na wszystkie elementy min. 24 miesiące | TAK |  |
| 2. | Maksymalnie 3 naprawy gwarancyjne tego samego elementu lub podzespołu - konieczność wykonania kolejnej naprawy uprawnia do wymiany elementu lub podzespołu na nowy. | TAK |  |
| 3. | Zapewniony serwis pogwarancyjny | TAK |  |
| 4. | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych minimum 10 lat | TAK |  |

|  |
| --- |
| Data; kwalifikowany podpis elektroniczny |
|  |