***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.26.***

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH (ODCINAJĄCYCH)**

Przedmiot przetargu: **Termometr elektroniczny – szt. 14**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry, właściwości, funkcje i inne wymagania wobec urządzenia** | **Wymóg /wartość graniczna** | **Wymagany opis**  **spełnienia wymogu** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2023 | Tak |  |
|  | Elektroniczny**,** bezdotykowy termometr do szybkiego i precyzyjnego pomiaru temperatury na czole pacjenta. | Tak |  |
|  | Termometr zarejestrowany jako wyrób medyczny | Tak |  |
|  | Termometr mierzy temperaturę ciała na podstawie energii promieniowania podczerwonego skóry | Tak |  |
|  | Czas pomiaru – max. 2 s | Tak |  |
|  | Odległość do mierzonej powierzchni – max. 2,5-3 cm | Tak |  |
|  | Termometr przeznaczony do pomiaru temperatury ciała u dorosłych i u dzieci. | Tak |  |
|  | Odczyt temperatury w °C | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru:34 – 42 °C | Tak |  |
|  | Podziałka na wyświetlaczu co 0.1 °C | Tak |  |
|  | Dokładność pomiaru ±0.2 °C | Tak |  |
|  | Automatyczne wyłączenie – max.po 30 sekundach | Tak |  |
|  | Temperatura robocza :15 – 40 °C | Tak |  |
|  | Podświetlenie ekranu dla odczytów wykonywanych w nocy | Tak |  |
|  | Kolorowy ekran ułatwiający określenie temperatury w zakresie normalnym, gorączki lub wysokiej gorączki. | Tak |  |
|  | Zasilanie bateryjne – max. 2 baterie AAA  ( baterie w zestawie z termometrem) | Tak |  |
| **Inne wymagania** | | | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej. | Tak |  |
|  | Certyfikaty dopuszczenia do stosowania w medycynie: polskie oraz międzynarodowe | Tak |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski z dostępem do oryginalnych części zamiennych od producenta | Tak |  |
| **Warunki gwarancji i serwisu** | | | |
|  | Okres gwarancji min.24 miesiące. | Tak |  |
|  | Maksymalnie 3 naprawy gwarancyjne tego samego elementu lub podzespołu - konieczność wykonania kolejnej naprawy uprawnia do wymiany elementu lub podzespołu na nowy. | Tak |  |
|  | Zapewniony serwis pogwarancyjny | Tak |  |

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