**SP ZOZ/DZ/9/2019**

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**PAKIET NR XVI**

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**ZESTAW DO INTUBACJI Z AMBU– SZTUK. 2**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia:....................................................................

Nazwa producenta: ...................................................................

Kraj produkcji: ...................................................................

Rok produkcji: **…………………….……………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane warunki i parametry | Wymóg | Oferowane warunki i parametry |
| 1. | Zestaw laryngoskopowy do intubacji oświetleniem światłowodowym LED | TAK |  |
| 2. | Urządzenie fabrycznie nowe | podać |  |
| **3.** | Zestaw do intubacji składający się z jednej rękojeści LED dla dorosłych i 7 podstawowych łyżek światłowodowych w różnych rozmiarach oraz kształtach: typu bądż równoważny MACINTOSH 1, 2, 3 i 4 oraz prosty typu bądź równoważny MILLER 00, 0, 1.  | TAK |  |
| 4. | wykonany ze stali nierdzewnej zgodnej z normą ASTM typ AISI-304 | TAK |  |
| 5. | **Uchwyt do laryngoskopu LED w wersji dla dorosłych na baterie R14** (możliwość zmiany rękojeści na pediatryczną, wąską z bateriami AA) | TAK |  |
|  | * **Uchwyt do laryngoskopu**
 |  |  |
| 6. | * rękojeść z oświetleniem ledowym, diodowym o mocy 2.5 V
 | TAK |  |
| 7. | * uchwyt antypoślizgowy
 | TAK |  |
| 8. | * trwała żarówka diodowa z mocnym światłem, chroniona metalową obudową
 | TAK |  |
| 9. | * wymiana żarówki w rękojeści
 | TAK |  |
| 10 | do sterylizacji w autoklawach (do 134 stopni Celcjusza), do 3.000 sterylizacji | TAK |  |
| 11 | zgodna z normą w tzw. zielony standard ISO-7376  | TAK |  |
| 12 | automatyczny włącznik i wyłącznik żarówki po założeniu i zdjęciu | TAK |  |
| 13 | mocna konstrukcja tzw. główki do stabilnego trzymania łyżki podczas intubacji  | TAK |  |
| 14 | ciągłość przesyłu światła we wszystkich pozycjach roboczych | TAK |  |
|  | **łyżKI światłowodowe** | TAK |  |
| 15 | elastyczna stal chirurgiczna  | TAK |  |
| 16 | delikatnie ścięte, płaskie krawędzie łyżek  | TAK |  |
| 17 | niski profil łyżek  | TAK |  |
| 18 | możliwość odkręcenia torów światłowodowych z łyżek | TAK |  |
| 19 | tor światłowodowy obudowany stalą nierdzewną | TAK |  |
| 20 | łopatki zgodne z zielonym standardem | TAK |  |
| 21 | 4 mm średnicy światłowodu  | TAK |  |
| 22 | łyżki bez ostrych krawędzi  | TAK |  |
| 23 | sterylizacja zgodna z rękojeściami (standard autoklawowania) | TAK |  |
|  | Wymiary łyżek światłowodowych typu bądź równoważnyMac 1-4 Rozmiar 1: długość (A) 92 , długość (B) 14Rozmiar 2: długość (A) 112 , długość (B) 18Rozmiar 3: długość (A) 130 , długość (B) 18Rozmiar 4: długość (A) 155 , długość (B) 22Wymiary łyżek typu bądź równoważny Millera 00-1Rozmiar 00: długość (A) 65 , długość (B) 10Rozmiar 0: długość (A) 78 , długość (B) 10Rozmiar 1: długość (A) 102 , długość (B) 11 | podać |  |
| 24 | Opakowanie - Wygodne, sztywne etui z zamykaniem na zamek błyskawiczny z możliwością włożenia oddzielnie każdej łyżki i rękojeści. | TAK |  |
|  | **Resuscytator AMBU dla dorosłych i dzieci**Nazwa i typ oferowanego urządzenia::…...............................Nazwa producenta:……………………………...................................Kraj produkcji: …………………………………...................................Rok produkcji: …………………………………………………………………………  |  |  |
| 1 | Możliwość wentylacji pacjentów o masie ciała od 15 kg wzwyż | TAK |  |
| 2 | Możliwość podłączenia zaworu PEEP na zaworze pacjenta bez potrzeby stosowania dodatkowych złączek | TAK |  |
| 3 | Zastawka PEEP z regulacją do 10 cm H2O | TAK |  |
| 4 | Możliwość podłączenia rezerwuaru tlenu bezpośrednio do zaworu pacjenta w celu umożliwienia prowadzenia wentylacji spontanicznej 100 % tlenu | TAK |  |
| 5 | Maski z miękkim pompowanym mankietem, dobrze przylegające do twarzy, min 2 rozmiary | TAK |  |
| 6 | Możliwość sterylizacji wszystkich elementów resuscytatora w autoklawie w temp 134ºC (włącznie z rezerwuarem tlenu) | TAK |  |
| 7 | Instrukcja obsługi w języku polskim zawierająca wykaz części zamiennych | TAK |  |

Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.

Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treści – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treści zgodne z wzorem określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

**Uwaga.**

1. **W rubryce tabeli: ,,wartość oferowana” – wpisać: TAK lub NIE oraz potwierdzić spełnienie warunków przez: złożenie poniżej podpisu i opieczętowanie lub podpisanie się czytelnie – przez uprawnionego przedstawiciela wykonawcy, tj. imię i nazwisko tej osoby.**
2. Brak wypełnienia tej rubryki lub wpisanie ,,NIE spełnia” spowoduje odrzucenie oferty jako nie spełniającej wymaganych warunków.

***Potwierdzam oferowane jw. parametry:***

*…………………………….………… dnia: ……………………..…… .*

 *(miejscowość)*

*.................................................................*

*Uprawniony przedstawiciel wykonawcy –*

 *pieczęć z podpisem lub nazwisko i imię*