

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/21/2011- dot. zadania nr 10

DANE OGÓLNE

NAZWA

TYP/ MODEL.....NR KATALOGOWY.....

ROK PRODUKCJI ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI

KRAJ PRODUKCJI WYKONAWCA/PRODUCENT.....

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW WYMAGANYCH **Pompa infuzyjna – 50 szt.**

LP.	Wymagane parametry i warunki graniczne	Warunki wymagane, konieczne do spełnienia	Parametry oferowanego urządzenia (podać i potwierdzić zaznaczeniem w katalogu) PODAĆ / OPISAC
1.	Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa z klawiaturą numeryczną (fabrycznie nowa)	TAK	
2.	Możliwość stosowania strzykawek o różnych pojemnościach: 10 ml, 20 ml, 30 ml, 50/60 ml	TAK	
3.	Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów krajowych i zagranicznych (min 5) - podać nazwy producentów wykorzystywanych strzykawek	TAK	
4.	Automatyczne rozpoznawanie strzykawek	TAK	
5.	Zakres szybkości dozowania min 0,1-2000 ml/h	TAK	
6.	Programowana szybkość podaży w jednostkach masy -podać	TAK	
7.	Dokładność szybkości dozowania +/-2%	TAK	
8.	Dawka uderzeniowa tzw. „bolus”, dozowana w dowolnym momencie wlewu	TAK	
9.	Regulowana szybkość dozowania dawki uderzeniowej -podać	TAK	
10.	Programowane ciśnienie okluzji min. 9 stopni -podać	TAK	
11.	Możliwość podglądu lub zmiany parametrów w trakcie infuzji	TAK	
12.	Możliwość zablokowania przycisków klawiatury	TAK	
13.	Możliwość programowania nazwy oddziału	TAK	
14.	Wewnętrzna lista leków z możliwością dopisywania nazw leków przez użytkownika -podać	TAK	
15.	Możliwość pracy w min 4 opcjach: prędkość, prędkość i objętość, prędkość i czas, objętość i czas	TAK	
16.	Funkcja Stand-By	TAK	
17.	Funkcja KVO	TAK	
18.	Historia infuzji	TAK	
19.	System kontroli i sygnalizacji stanów zagrażających życiu pacjenta (wizualny i dźwiękowy)	TAK	
20.	Wszystkie komunikaty w języku polskim	TAK	
21.	Uchwyt obrotowy umożliwiający mocowanie	TAK	
22.	Zasilanie sieciowe 230 V / 50 Hz +/- 10% (zasilacz wewnętrzny)	TAK	
23.	Zasilanie wewnętrzne akumulatorowe min 10h przy przepływie 5 ml/h -podać	TAK	
24.	Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego	TAK	

Oświadczam/-y, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

....., DNIA

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczętką imienną)