**Załącznik nr 1B do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia (OPZ)**

**Część 6**

**Pulsoksymetr stacjonarny (sukcesywne dostawy)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2025 lub zgodne z  rokiem złożenia zamówienia |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 15 szt. |  |
| 6 | Miejsce instalacji | Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. |  |
|  | | | |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Monitorowanie saturacji SpO2 oraz tętna noworodków, dzieci i dorosłych | Tak |  |
| 2 | Pulsoksymetr stacjonarny z wbudowanym akumulatorem i wbudowanym zasilaczem sieciowym | Tak |  |
| 3 | Wymiary min.200 mm szerokość x 80 mm wysokość x 150 mm długość | Tak, podać |  |
| 4 | Waga < 1,7 kg | Tak, podać |  |
| 5 | Kolorowy ekran LCD, min. 4,3” | Tak, podać |  |
| 6 | Akumulator litowo-jonowy | Tak |  |
| 7 | Czas pracy na akumulatorze min. 5 h | Tak, podać |  |
| 8 | Alarm dźwiękowy i wizualny | Tak |  |
| 9 | Regulowane limity alarmowe | Tak |  |
| 10 | Przechowywanie danych: trend min 90h | Tak, podać |  |
| 11 | Wyświetlanie trendów graficznych i tabelarycznych | Tak |  |
| 12 | Zakres wyświetlania min:1%-100% | Tak, podać |  |
| 13 | Dokładność SpO2 +/- 2% ( w zakresie 70%-100% ) | Tak, podać |  |
| 14 | Zakres limitu alarmowego SpO2 : górny :1%-100% , dolny 0%-99% | Tak, podać |  |
| 15 | Zakres czynności pulsu 25-250 bpm | Tak, podać |  |
| 16 | Wskaźnik stanu naładowania akumulatora | Tak |  |
| 17 | Menu w języku polskim | Tak |  |
| 18 | **Wymagania związane z ESG:**  -dokumentacja w wersji elektronicznej (certyfikaty, paszport techniczny, instrukcje obsługi, raporty techniczne),  -oświadczenie producenta dot. dostępności serwisu, części zamiennych i oprogramowania w okresie min. 10 lat od podpisania umowy. | Tak |  |
| **Wyposażenie** | | | |
| 19 | Wielopacjentowy czujnik pediatryczny, po 1 szt. do każdego zaoferowanego urządzenia | 40 szt. |  |
| 20 | Dodatkowy kabel przedłużający, łączący urządzenie z czujnikiem jednopacjentowym, po 1 szt. do każdego zaoferowanego urządzenia. | 40 szt. |  |

\****UWAGA: dokument powinien być podpisany przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy w sposób określony w SWZ \****