**Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH KONCENTRATORÓW TLENU –**

**(szt. 71)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Funkcja/Parametr** | **Parametr Graniczny****wymagany** | **Parametr oferowany (należy opisać dokładnie parametry oferowanego sprzętu)** |
| **1**. | Nazwa i model urządzenia oraz numer seryjny.  | **Dołączyć wykaz wszystkich oferowanych urządzeń wraz z numerami seryjnymi** |  |
| **2.** | Rok produkcji (wymagany powyżej roku 2018) | **Podać** |  |
| **3.** | Producent (pełna nazwa firmy, Kraj) | **Podać** |  |
| **4**. | Waga koncentratora | **≤ 17 kg** |  |
| **5**. | Wymiary (wys. x szer. x głęb.) | **Podać** |  |
| **6.** | Filtr kurzu zewnętrzny | **TAK** |  |
| **7.** | Filtr wewnątrz urządzenia  | **TAK** |  |
| **8.** | Poziom głośności | **≤ 40 dB** |  |
| **9.** | Alarmy wysokiego i niskiego ciśnienia | **Wymagane** |  |
| **10.** | Stężenie 02 (podać wartość) | **1-5 L/min** |  |
| **11.**  | Zakres przepływu w litrach/minutę | **1/2** -**5** |  |
| **12.** | Dostawa urządzeń do domu pacjenta wraz z przeszkoleniem pacjenta oraz członka rodziny lub opiekuna przez serwis techniczny potwierdzona własnoręcznymi podpisami. | **Wymagane** |  |
| **13**. | Naprawa w domu u pacjenta przez serwis techniczny dostawcy | **Wymagane** |  |
| **14**. | Gwarantowany czas przyjazdu serwisanta na zgłoszenie awarii-max 24h | **Do 24 h** |  |
| **15.**  | Urządzenie zastępcze w przypadku konieczności naprawy poza domem pacjenta | **Wymagane** |  |
| **16.** | Instrukcja obsługi w języku polskim | **Wymagane** |  |
| **17.** | Zapewnienie w czasie trwania umowy bezpłatnych przeglądów serwisowych. | **TAK** |  |
| **18.** | Prowadzenie karty serwisowania koncentratorów tlenuWedług załączonego wzoru określonego przez NFZ | **TAK** |  |

...................................................... …………………………

(miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej do

 reprezentowania firmy)