Załącznik nr 2\_część\_33 do zapytania nr SGA.261.1.2025

**Opis przedmiotu zamówienia –** część nr 33

(Parametry techniczno – użytkowe)

**Cieplarka do podgrzewania środków kontrastowych – 2 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry urządzenia** | **Wymagana wartość parametru** | **Wartość oferowana przez Wykonawcę** | **Punktacja** |
|  | **Parametry ogólne** | | | |
|  | Producent. | Podać |  |  |
|  | Model/typ. | Podać |  |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe - fabrycznie nowe, rok produkcji nie wcześniej niż 2025. | TAK |  |  |
|  | Cieplarka medyczna z wymuszonym obiegiem powietrza gwarantującym równomierny rozkład temperatury w całej komorze. | TAK |  |  |
|  | Urządzenie stacjonarne, kompaktowe, umożliwiające przenoszenie, wyposażone w 4 gumowe nóżki. | TAK |  |  |
|  | Komora zamykana od góry, przezroczysta, wykonana z bezpiecznego szkła hartowanego, z dwoma wspornikami teleskopowym utrzymującymi ją w pozycji otwartej. | TAK |  |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do pracy ciągłej. | TAK |  |  |
|  | Pojemność komory min. 30 l. | TAK |  |  |
|  | Ustawiany przez użytkownika zakres temperatur min.: 25°C - 70°C ±3°C (zmiana o 1°C). | TAK |  |  |
|  | Panel sterowania urządzeniem oraz wyświetlacz pokazujący temperaturę rzeczywistą oraz zadaną. | TAK |  |  |
|  | Optyczny i akustyczny alarm niskiej / wysokiej temperatury, uruchamiany w przypadku wykrycia rozbieżności między temperaturą zadaną i temperaturą rzeczywistą w komorze. | TAK |  |  |
|  | Optyczny i akustyczny alarm niedomkniętej pokrywy. | TAK |  |  |
|  | Minimum 2 czujniki temperatury zastosowane w celu kontroli systemu ogrzewania. | TAK |  |  |
|  | Elektroniczne zabezpieczenie przed przegrzaniem | TAK |  |  |
|  | Mechaniczne zabezpieczenie przed przegrzaniem (termostat bimetaliczny lub rozwiązanie równoważne) | TAK |  |  |
|  | Optyczny i akustyczny alarm w przypadku uszkodzenia czujnika temperatury. | TAK |  |  |
|  | Oprogramowanie wyposażone w programator czasowy, pozwalający precyzyjnie ustalić dzienny i tygodniowy cykl pracy urządzenia. | TAK |  |  |
|  | Napięcie zasilania: 220-240 VAC, 50-60 Hz. | TAK |  |  |
|  | Waga urządzenia max. 30 kg. | TAK |  |  |
|  | Wymiary zewnętrzne nie większe niż: 40 x 50 x 70 cm. | TAK |  |  |
|  | System dezynfekcji UV-C. | TAK |  |  |
|  | Wyrób medyczny potwierdzony certyfikatem lub deklaracją. | TAK |  |  |
|  | **POZOSTAŁE WYMAGANIA** | | | |
|  | Okres gwarancji – min. 60 miesięcy | TAK/Podać |  |  |
|  | Wliczone w cenę przeglądy okresowe w okresie gwarancji (o częstotliwości i zakresie zgodnym z wymogami producenta), co najmniej 1 przegląd w okresie gwarancji. | TAK |  |  |
|  | Informacje dotyczące wymaganych/zalecanych przeglądów przez producenta po okresie gwarancji (przy dostawie). Podać :  - częstotliwość przeglądów  - wykaz czynności wykonywanych przy przeglądzie (lista kontrolna)  - wykaz części podlegających okresowej wymianie z podaniem zalecanej częstotliwości ich wymiany. | TAK |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (przy dostawie) – 1 szt. w wersji papierowej i w wersji elektronicznej. | TAK |  |  |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji (przy dostawie) – 1 szt. w wersji papierowej i w wersji elektronicznej. | TAK |  |  |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów urządzenia w oparciu o przedstawione przez Oferenta zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. Zalecone środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych a nie nazwy handlowe preparatów. | TAK |  |  |
|  | Oznakowanie CE - deklaracja zgodności / certyfikat CE. | TAK |  |  |