***Załącznik nr 1 do SIWZ***

**Przedmiot zamówienia: Dostawa materiałów eksploatacyjnych wraz z dzierżawą sterylizatora niskotemperaturowego**

1. ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

Producent : ...........................................................................................................................

Nazwa i typ : ...........................................................................................................................

Rok produkcji: nie starszy niż 2015 r.

Ilość : 1

**Sterylizator niskotemperaturowy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p | Parametr: | Tak/Nie | Potwierdzenie (opis z instrukcji obsł): |
| 1 | Model |  |  |
| 2 | Producent |  |  |
| 3 | Kraj pochodzenia |  |  |
| 4 | Rok produkcji |  |  |
| 5 | Sterylizator do sterylizacji nadtlenkiem wodoru/plazmowej | TAK |  |
| 6 | Sterylizator przelotowy | TAK |  |
| 7 | Kształt komory prostokątny | TAK |  |
| 8 | Wymiary wewnętrzne komory umożliwiające sterylizację sprzętu o wymiarze- długości minimum 90 cm długości (może być wymiar komory w ułożeniu przekątnym) | TAK |  |
| 9 | Wymiary zewnętrzne nie większe niż: szerokość/głębokość 110 cm, wysokość 170 cm, a długość 90 cm | TAK |  |
| 10 | Demontowalne półki | TAK |  |
| 11 | Pojemność minimum 1 JS maksymalnie 2 JS | TAK |  |
| 12 | Z panelem sterującym dotykowym, z możliwością wydruku parametrów i przebiegu procesu | TAK |  |
| 13 | Możliwość ustawienia/zamontowania w jednym pomieszczeniu obok sterylizatora parowego (odporny na działanie w pobliżu wysokiej temperatury)budowa ze stali nierdzewnej | TAK |  |
| 14 | Z możliwością bezpłatnej walidacji procesu (min. walidacja instalacyjna) | TAK |  |
| 15 | Czynnik sterylizujący do procesu w formie dogodnej do stosowania np. kaseta, nabój bez konieczności organizowania warunków specjalnego przechowywania iz zapewnieniem odbioru kaset lub naboi do utylizacji | TAK |  |
| 16 | Wyświetlana funkcja informowania o terminie przeglądu | TAK |  |
| 17 | Naprawa po zgłoszeniu awarii w ciągu 24 godzin | TAK |  |

***Warunek graniczny jest bezwzględnie wymagany i winien być potwierdzony przez Wykonawcę w formie wpisu „ TAK” lub „NIE”. Niespełnienie parametrów granicznych spowoduje odrzucenie oferty.***

***Oferowane urządzenie, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych. O****ferowany powyżej sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotów do podjęcia działalności, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.*

***Data ….................................................***

***podpis Wykonawcy***