**Załącznik nr 3-5 do SWZ**

**Zamawiający:**

Szpital Specjalistyczny

im. Edmunda Biernackiego

ul. Żeromskiego 22

39-300 Mielec

NIP: 8171750893

REGON: 000308637

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WYMAGANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO PARAMETRÓW**

Nawiązując do ogłoszenia o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na:

**sprzedaż i dostawę aparatury medycznej dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego**

**im. Edmunda Biernackiego w Mielcu,**

**SzS.ZP.261.76.2025**

oferujemy realizację w/w Przedmiotu Zamówienia o poniższych parametrach:

**Grupa 5: Myjnia – dezynfektor - 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Odpowiedź „TAK” lub wymagana informacja (wg kolumny „parametr wymagany”) |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2025 roku | TAK  (podać) |  |
|  | Typ/model, producent, kraj | podać |  |
|  | **Wymagania szczegółowe:** |  |  |
|  | Kompaktowa konstrukcja, pełna funkcjonalność przy minimum przestrzeni. | TAK |  |
|  | Wymiary (szer.głęb.wys.) zewnętrzne myjni, max.: 700x800x2300 mm. | TAK  (podać) |  |
|  | Wymiary (szer.głęb.wys.) komory (-/+ 10 mm): 560x600x700 mm | TAK  (podać) |  |
|  | Pojemność minimum: 10 tac o wymiarach 540x260x50 mm. | TAK  (podać) |  |
|  | Dezynfekcja termiczna 90 i 93 °C, możliwość sterowania wartością Ao. | TAK |  |
|  | Wolnostojąca, nieprzelotowa | TAK |  |
|  | Obudowa i komora myjąca wykonane ze stali kwasoodpornej. | TAK |  |
|  | Myjnia – dezynfektor wykonana ze stali nierdzewnej | TAK |  |
|  | Energooszczędny układ ogrzewania wody | TAK |  |
|  | Jednodrzwiowa, drzwi przesuwne pionowo (w dół) całkowicie przeszklone. | TAK |  |
|  | System dystrybucji wody z jednopunktowego przyłącza wózka załadowczego, znajdujący się na dnie komory. | TAK |  |
|  | Miejsce na min. 3 kanistry 5 litrowe ze środkami chemicznymi w obrysie myjni. | TAK  (podać) |  |
|  | Sterownik mikroprocesorowy z kolorowym ekranem dotykowym o przekątnej min. 7” do obsługi urządzenia po stronie załadowczej. | TAK  (podać) |  |
|  | Komunikaty wyświetlane w języku polskim. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie czasu do zakończenia procesu na ekranie dotykowym na stronie załadowczej | TAK |  |
|  | Wykres parametrów procesu na ekranie dotykowym. | TAK |  |
|  | Archiwizacja w sterowniku urządzenia min. 15 tys. ostatnich raportów procesu | TAK  (podać) |  |
|  | Możliwość współpracy z zewnętrznym programem do zarządzania i nadzoru w Centralnej Sterylizatorni. | TAK |  |
|  | Liczba programów mycia dezynfekcji minimum20, w tym nie mniej niż 5 wybieranych bezpośrednio z ekranu dotykowego sterownika. | TAK  (podać) |  |
|  | Możliwość programowania i kwalifikacji dowolnych programów użytkownika. | TAK |  |
|  | Min. 2 pompy dozujące środki chemiczne. | TAK  (podać) |  |
|  | Min. 2 przepływomierze cyfrowe środka chemicznego. | TAK  (podać) |  |
|  | Min. 2 czujniki poziomu środka chemicznego w kanistrach (dla kanistrów 5 litrowych). | TAK  (podać) |  |
|  | Przyłącza do wody zimnej i wody zdemineralizowanej. | TAK |  |
|  | Pomiar temperatury przy pomocy czujnikówmin. PT 100. | TAK  (podać) |  |
|  | Oświetlenie wnętrza komory z sygnalizacją w kolorach stanu urządzenia. | TAK |  |
|  | Wysokowydajna suszarka turbinowa do suszenia załadunku wewnątrz i na zewnątrz | TAK |  |
|  | Interfejs sieciowy RJ 45 | TAK |  |
|  | Serwisowy program diagnostyczny dostępny bezpośrednio z ekranu dotykowego i online poprzez dostęp internetowy. | TAK |  |
|  | Wydruk raportów procesu z wbudowanej drukarki: wykres parametrów procesu i raport tekstowy w postaci gotowego raportu o szerokości min. 10 cm. | TAK  (podać) |  |
|  | Wyłącznik awaryjny na panelu po stronie załadowczej. | TAK |  |
|  | Możliwość użytkowania środków różnych producentów również w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Przyłącze elektryczne 3 N AC400V, 50 Hz, moc max. 15 kW | TAK  (podać) |  |
|  | Wyrób medyczny, urządzenie oznaczone znakiem CE z notyfikacją dla wyrobów medycznych, zgodne z normą PN EN 15883, przygotowane do walidacji. | TAK |  |
|  | Wózek transportowy (kompatybilny z oferowaną myjnią oraz posiadaną przez Zamawiającego myjnią Uniclean PL II 10) do załadunku i rozładunku komory, myjnia wyposażona w system dokowania wózka transportowego – 1 szt. | TAK |  |
|  | Wózek załadowczy (kompatybilny z oferowanym wózkiem transportowym oraz posiadanym przez Zamawiającego wózkiem transportowym i posiadaną myjnią Uniclean PLII 10), do mycia narzędzi na tacach do jednoczesnego mycia 8 tac o wymiarach min480x255x100 mm (dł. x szer. x wys.), z możliwość doposażenia w przyłącza do mycia endoskopów sztywnych/narzędzi mikrochirurgicznych z kanałem roboczym - 1 szt. | TAK  (podać) |  |
| **Inne** | | | |
|  | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | Wyrób medyczny | TAK |  |
|  | Zamontowanie myjni z niezbędnymi połączeniami instalacyjnymi:   * wykonanie dodatkowego zasilania elektrycznego 3f z odpowiednim zabezpieczeniem, wyłącznikiem i gniazdem z lokalnej rozdzielni do miejsca użytkowania, * wykonanie kanału wentylacji mechanicznej wyciągowej - lokalnie włączenie do istniejącej * wykonanie podłączenia wodnego - lokalne rozgałęźniki. | TAK |  |
|  | **Warunki gwarancji i serwisu:** |  |  |
|  | Przeglądy wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji wraz ze wszystkimi częściami i materiałami niezbędnymi do wykonania przeglądu na koszt Wykonawcy. | TAK, podać liczbę wymaganych dla bezpiecznej pracy urządzeń przeglądów okresowych |  |
|  | Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem) – wersja elektroniczna i papierowa | TAK |  |
|  | Paszport techniczny (dostarczyć wraz z urządzeniem) | TAK |  |
|  | Karta gwarancyjna (dostarczyć wraz z urządzeniem) | TAK |  |
|  | Wykaz punktów serwisowych (dostarczyć wraz z urządzeniem) | TAK |  |
|  | Wykaz dostawców części zamiennych lub materiałów zużywalnych i eksploatacyjnych (dostarczyć wraz z urządzeniem) | TAK |  |

…………………………………..

*(podpis Wykonawcy*

*lub jego uprawnionego przedstawiciela)*