Załącznik nr 6 SWZ

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet 5**

**Inhalatory - nowe**

**Rok produkcji: min. 2025   
Ilość: 4 szt.**

**Typ / Nr fabryczny:** ………………………………………………………………..…………  
 (proszę uzupełnić)

**Model / Marka:** ………………………………………………………………………….……  
 (proszę uzupełnić)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Opis przedmiotu zamówienia** | | **Parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** | **Numer katalogowy** |
|  | | | | | |  |
|  | | Urządzenie nowe, nieużywane. Wyklucza się produkty demo. | | TAK |  |  |
|  | | Pompa tłokowo-pneumatyczna, do pracy ciągłej | | TAK |  |  |
|  | | Regulowany przepływ do indywidualnego leczenia | | TAK |  |  |
|  | | Łatwa obsługa jednym przyciskiem | | TAK |  |  |
|  | | Stosowane do podawania leków oraz innych substancji wspomagających leczenie drogą nebulizacji, do wszystkich popularnych roztworów do inhalacji | | TAK |  |  |
|  | | W zestawie nebulizator, maski na twarz dla dorosłych, ustnik, część na nos, 5 szt. zapasowych filtrów i torba do przenoszenia | | TAK |  |  |
|  | | Tempo nebulizacji: 0.40 ml/min | | TAK |  |  |
|  | | Wielkość cząsteczki: 2.08 µm (MMAD) | | TAK |  |  |
|  | | Frakcja respirabilna (FPF%, 0.5 - 5 µm): 95.8 % | | TAK |  |  |
|  | | Wyrób medyczny | | TAK |  |  |
|  | | Dostosowany dla osób dorosłych | | TAK |  |  |
|  | | Waga urządzenia max. 1300 g | | TAK |  |  |
|  | | Pojemność zbiornika min. 2 ml | | TAK |  |  |
|  | | Zasilanie elektryczne 230 V | | TAK |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | | |
|  |  | | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  |  | | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 6 lat | TAK |  |  |
|  |  | | Czas reakcji od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24 godzin, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
|  |  | | Przeglądy w okresie trwania gwarancji łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymogami producenta) na koszt Wykonawcy (bez wezwania wykonawcy). Ostatni przegląd Wykonawca wykona w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
|  |  | | Serwis autoryzowany (nazwa i adres) | TAK |  |  |
|  |  | | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |
|  |  | | Paszport techniczny | TAK |  |  |