***Formularz wymaganych warunków technicznych***

Składając ofertę w postępowaniu AAM/EL/2019/EL/4553/NZS/2019, oferujemy dostawę sprzętu spełniającego poniższe wymagania

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametrów | Wymagane parametry techniczne | Parametry techniczne oferowane |
| Używane urządzenie – do wykonywania ciągłych konwekcyjno-dyfuzyjnych zabiegów nerkozastępczych oraz plazmaferezy 1 szt. | | | |
|  | Producent (marka) …………………………………………………………………………………………..  model………………………………………………………………….…………………  rok produkcji…………..………………………….…(nie wcześniej niż 2016)  *(Należy podać)* | | |
|  | Funkcjonalność aparatu | - hemodializy,  - hemodiafiltracji,  - plazmaderezy,  - hempoperfuzji | TAK/NIE |
|  | Funkcja antykoagulacji heparatywnej | wymagana |  |
|  | Funkcja ciągłej antykoagulacji cytrynianowej | wymagana | TAK/NIE |
|  | Automatyczne dostrajanie dawki cytrynianu i wapnia | wymagane | TAK/NIE |
|  | Aparat umożliwia korzystanie z filtrów niestandardowych | - hemodializy  - hemofiltacji  - hemodiafiltracji  - plazmaferezy konwencjonalnej  - plazmaferezy selektywnej | TAK/NIE |
|  | Urządzenie posiada ważne serwisowe badania techniczne potwierdzone certyfikatem | - certyfikat wystawiony przez autoryzowany serwis producenta urządzenia | TAK/NIE |
|  | Wyrób medyczny ze znakiem CE zgodny z dyrektywą 93/42/EC - zgłoszony w Polsce w rejestrze wyrobów medycznych | wymagane | TAK/NIE |
| Używane urządzenie – aparat do hemoadsorpcji 2 szt. | | | |
|  | Producent (marka) …………………………………………………………………………………………..  model………………………………………………………………….…………………  rok produkcji…………..………………………….…(nie wcześniej niż 2016)  *(Należy podać)* | | |
|  | Funkcjonalność aparatu | - LDL aferezafiltracyjna  -adsorpcyjna LDL  -afereza z użyciem systemu DALI  -hemoadpsorpcja z użyciem kolumn wychwytujących selektywnie przeciwciała. | TAK/NIE |
|  | Funkcja antykoagulacji heparatywnej | wymagana | TAK/NIE |
|  | Funkcja ciągłej antykoagulacji cytrynianowej | wymagana | TAK/NIE |
|  | Automatyczne dostrajanie dawki cytrynianu i wapnia | wymagane | TAK/NIE |
|  | Urządzenie posiada ważne serwisowe badania techniczne potwierdzone certyfikatem | - certyfikat wystawiony przez autoryzowany serwis producenta urządzenia | TAK/NIE |
|  | Wyrób medyczny ze znakiem CE zgodny z dyrektywą 93/42/EC - zgłoszony w Polsce w rejestrze wyrobów medycznych | wymagane | TAK/NIE |

.............................., dn........................ ........................................................

(***podpis przedstawiciela Wykonawcy)***