***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)***