# ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

**Numer pakietu: 8**

**Nazwa: Aparat do kriochirurgii**

**Ilość: 1 szt.**

Nazwa producenta: .......................................................

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr / warunek wymagany** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Zasilanie: Aparat nieelektryczny |  |
| 2. | Czynnik roboczy - Podtlenek azotu (N2O).  |  |
| 3. | Ciśnienie pracy w zakresie - 3,5 ÷ 5 MPa |  |
| 4. | Ciśnienie maksymalne – 5,5 MPa |  |
| 5. | Wymiary aparatu - 135 x 120 x 125 mm |  |
| 6. | Ciężar aparatu – max 1,5 kg |  |
| 7. | Ciężar wózka butli – max 5,5 kg |  |
| 8. | Aparat wyposażony w wózek, umożliwiający stabilne zainstalowanie na nim aparatu (mocowanie przy pomocy dwóch śrub), przystosowany do butli o pojemności 10 litrów |  |
| 9. | Miernik ciśnienia gazu w sondzie |  |
| 10. | Pokrętło regulacji ciśnienia gazu zasilającego sondę |  |
| 11. | Pedał sterujący jednoprzyciskowy |  |
| 12. | Okres gwarancji na oferowane urządzenie 24 m-ce |  |
| 13. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. |  |
| 14. | Przeglądy okresowe: - pierwszy przegląd aparatu i sond kontaktowych wymagany jest po trzech latach od momentu zakupu urządzenia, - kolejne przeglądy wykonywane są co roku. Przeglądy sondy natryskowej – co roku.  |  |
| 15. | Szkolenie personelu (certyfikat potwierdzający przeszkolenie personelu) przez Oferenta |  |
| 16. | Certyfikat CE, deklaracja zgodności |  |
| 17. | Gwarantowana dostępność części zamiennych 10 lat |  |
| 18. | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |
| 19. | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny minimum 24 miesiące |  |

**……………………………………………**

**podpis i pieczęć Oferenta**