**OPIS A ŠPECIFIKÁCIA PREDMETU ZÁKAZKY**

**Predmet zákazky:** Dodávka „**Systém** **podtlakovej terapie“** pre Fakultnú nemocnicu s poliklinikou F. D. Roosevelta Banská Bystrica, vrátane súvisiacich služieb - dovoz a vyloženie tovaru na miesto, dodania na obdobie 36 mesiacov.

Predmet zákazky je rozdelený na 3 časti:

**Časť č. 1**: Systém podtlakovej terapie

**Časť č. 2**: Systém podtlakovej terapie s instiláciou a Systém podtlakovej terapie na vnútrodutinové

použitie

**Časť č. 3**: Systém podtlakovej terapie pre jednorazové ambulantné použitie

**Časť 3: Systém podtlakovej terapie pre jednorazové ambulantné použitie**

Predmet zákazky musí byť nový, nepoužívaný, nerepasovaný alebo inak renovovaný v  
originálnom balení s príslušnou dokumentáciou bez akýchkoľvek známok poškodenia a funkčných vád a musí byť určený na humánne použitie.

Predmet zákazky musí spĺňať minimálne technicko-medicínske a funkčné parametre uvedené verejným obstarávateľom.

Požadujeme dodanie predmetu zákazky, ktorý je schválený na dovoz a predaj v Slovenskej republike, resp. v rámci Európskej únie a bude vyhovovať platným normám, všeobecne záväzným právnym predpisom, ktorý má pridelený platný ŠUKL kód a kód MZ SR (ak je to relevantné).

Ponúkaný predmet zákazky musí spĺňať zadefinovanú špecifikáciu. V prípade, ak sa v opise a špecifikácii predmetu zákazky uvádzajú údaje alebo odkazy na konkrétneho výrobcu, postup, značku, obchodný názov, typ alebo súhrn niektorých z uvedených parametrov alebo rozpätie parametrov identifikoval výrobok konkrétneho výrobcu, umožňuje sa predloženie ponuky s ekvivalentným výrobkom, ten však musí spĺňať minimálne technicko-medicínske a funkčné parametre predmetu zákazky, resp. musí mať rovnaké alebo lepšie technické vlastnosti. Všetky ponúkané výrobky musia byť v súlade s príslušnými požiadavkami stanovenými v právnych predpisoch EÚ.

Záujemca garantuje funkčnosť predmetu zákazky tým, že dodá a necení všetky komponenty, ktoré sú súčasťou predmetu zákazky vrátane tých, ktoré nie sú špecifikované v opise a špecifikácii predmetu zákazky a ktoré priamo či nepriamo súvisia s funkčnosťou predmetu zákazky.

***Predmet zákazky musí spĺňať minimálne technické a funkčné parametre v nižšie požadovanej špecifikácii:***

**Časť 3: Systém podtlakovej terapie pre jednorazové ambulantné použitie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parameter** | **Charakteristika** | **Požadujeme uviesť, či tovar spĺňa**  **požadovaný parameter áno/nie**  **resp. kde je číslo uviesť konkrétny**  **údaj** |
| **Funkcia** | **Špeciálny zdravotnícky materiál** na podtlakovú terapiu rán pre jednorazové ambulantné použitie. Kompletná sada: prístroj vrátane spojovacej hadičky a krytia. Musí byť hradená z verejného zdravotného poistenia. |  |
| **Penové krytie** | otvorený sieťovaný hydrofóbny, polyuretán, hypoalergénny, uľahčuje vylučovanie exsudátu - materiál uvedie uchádzač |  |
| veľkosť pórov od 400 - 600 mikrometrov, (resp. uvedie uchádzač) |  |
| účinná stimulácia granulačného procesu v rane |  |
| v terapeutickom intervale sa v rane nesmie rozpadať ani doň vrastať granulačné tkanivo |  |
| **Veľkosť**  **penového krytia** | 15 x15 cm  tolerancia veľkosti: 1 až + 2 cm |  |
| **Fóliové krytie** | špeciálna transparentná fólia pre zabránenie adhézií s orgánmi |  |
| terčík je priamo zakomponovaný vo fólii |  |
| fólia-hydrokoloid |  |
| terčík-polymer |  |
| **Funkcia** | **Prístroj (odsávacie zariadenie),**  nové, nepoužívané, nerepasované mobilné odsávacie zariadenia určené na liečbu rán podtlakovou terapiou pre jednorazové ambulantné použitie |  |
| **Technická funkcionalita prístroja** | funkčnosť prístroja min. 6 dní |  |
| mobilné použitie podmienené nezávislosťou na prívode elektrického prúdu |  |
| nízka hmotnosť prístroja |  |
| automatická regulácia intenzity sania |  |
| **Kapacita exudátu** | do 150 ml |  |
| do 60 ml |  |
| **Zberná nádoba** | od 55 ml – 160 ml |  |
| **Hmotnosť prístroja 150 ml** | do 250 g |  |
| **Hmotnosť prístroja 60 ml** | do 80 g |  |
| **Veľkosť prístroja 150 ml**  **(šírka x výška)** | do 9 x 20 cm |  |
| **Veľkosť prístroja 60 ml**  **(šírka x výška)** | do 7 x 15 cm |  |
| **Nastavenie rozsahu podtlaku** | od 125 mm Hg a viac |  |

Obchodné meno uchádzača: ........................................................................... *(doplní uchádzač)*

Sídlo alebo miesto podnikania uchádzača: .................................................... *(doplní uchádzač)*

IČO uchádzača: .............................................................................................. *(doplní uchádzač)*

V ........................................, dňa ........................

................................................................

meno, priezvisko štatutárneho zástupcu

podpis, pečiatka uchádzača