Príloha č. 1 Opis a špecifikácia k RD

**Opis a špecifikácia predmetu zákazky**

Predmet zákazky: **„Rukavice lekárske jednorazové vrátane súvisiacich služieb, č. RVO/2183/2021 na obdobie 12 mesiacov“** na obdobie 12 mesiacov

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

**Časť č. 2 Rukavice jednorazové nesterilné latexové bez púdru**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Časť č. 2: RUKAVICE JEDNORÁZOVÉ NESTERILNÉ LATEXOVÉ BEZ PÚDRU** | | | | | |
|
|
|  | | | | | |
| **Položka č. 1** | | **Rukavice jednorazové nesterilné LATEXOVÉ bez púdru** | **Požadovaný parameter** | **Požadujeme uviesť, či spĺňa požadovanú hodnotu áno/nie resp. uviesť konkrétny číselný údaj** | |
|
|
|
|
| Platný ŠUKL kód | | |  | | |
| Výrobca: | | |  | | |
| Referenčné číslo zdravotníckej pomôcky: | | |  | | |
| Obchodný názov zdravotníckej pomôcky: | | |  | | |
| Klasifikácia zdravotníckej pomôcky (zaradenie zdravotníckej pomôcky do triedy) | | |  | | |
| 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. | | | áno | |  |
| **1** | **Technické a funkčné vlastnosti:** | |  | |  |
| 1.1 | Ochranná funkcia pre výkon vyšetrovacích, ošetrovacích, diagnostických a terapeutických postupov v zdravotníctve | | áno | |  |
| 1.2 | Nepriepustnosť AQL | | max 1,5 | |  |
| 1.3 | Textúrované končeky prstov pre lepšiu citlivosť prstov a lepšie uchopenie | | áno | |  |
| 1.4 | Sila pretrhnutia 6N | | áno | |  |
| 1.5 | Anatomicky tvarované s rovnomerne rolovanými okrajmi, univerzálny tvar na pravú aj ľavú ruku | | áno | |  |
| 1.6 | Materiál: Latex bez púdru | | áno | |  |
| 1.7 | Veľkosť: S, M, L, XL | | áno | |  |
| 1.8 | Farba | | svetlá | |  |
| 1.9 | Vyhovujúca norma STN EN 455 | | áno | |  |
| 1.10 | Vyhovujúca norma EN ISO 374-1:2016 min TYP C | | áno | |  |
| 1.11 | Vyhovujúca norma EN ISO 374-5:2016 protivírusová ochrana | | áno | |  |
| 1.12 | Doba expirácie | | min 3 roky | |  |

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

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

meno a priezvisko štatutárneho zástupcu

podpis a pečiatka uchádzača