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.

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

**Časť č.4 Rukavice jednorazové chirurgické sterilné latexové s púdrom**

|  |
| --- |
| **Časť č. 4 - RUKAVICE JEDNORÁZOVE CHIRURGICKÉ STERILNÉ LATEXOVÉ S PÚDROM** |
|
|
|  |
| **Položka č. 1** | **Rukavice jednorázové chirurgické sterilné Latexové s púdrom**  | **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 voriginálnom 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 | Materiál: Latex s púdrom, použitý vstrebateľný kukuričný škrob | áno |  |
| 1.2 | Zvýšená citlivosť pri prstoch a dlani | áno |  |
| 1.3 | Anatomický tvar – zúžený a predĺžený tvar prstov | áno |  |
| 1.4 | Vysoká pružnosť, pevnosť v ťahu a hmatová citlivosť | áno |  |
| 1.5 | Eliminované riziko roztrhnutia rukavíc pri používaní nástrojov | áno |  |
| 1.6 | Mikrodrsná úprava povrchu pre spoľahlivý úchop vo vlhkom aj suchom prostredí | áno |  |
| 1.7 | Zosilnená a zužujúca manžeta na bezpečné obopnutie chirurgického plášťa | áno |  |
| 1.8 | Rozlíšenie pre pravú aj ľavú ruku | áno |  |
| 1.9 | Sterilne balené po pároch  | áno |  |
| 1.10 | Farba  | svetlá |  |
| 1.11 | Požadovaná veľkosť  | 6 až 9 |  |
| 1.12 | Nepriepustnosť AQL | max 0,65 |  |
| 1.13 | Vyhovujúca norma EN 455 | áno |  |
| 1.14 | Vyhovujúca norma EN ISO 374-1:2016 minimálne TYP B | áno |  |
| 1.15 | Vyhovujúca norma STN EN 374 – 5:2016, protivírusová ochrana | áno |  |
| 1.16 | Doba exspirácie  | min 5 rokov |  |

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

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

meno a priezvisko štatutárneho zástupcu

 podpis a pečiatka uchádzača