**Załącznik nr 3 do SIWZ - Oświadczenie o spełnianiu dodatkowych parametrów technicznych (uzupełnioną tabelę należy dołączyć do oferty)**

**Respirator – 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr nie wymagany ale dodatkowo punktowany** | **Potwierdzenie parametru dodatkowo punktowanego**(niewłaściwe skreślić lub prawidłowe zaznaczyć w kółku) |
|  | Autotest urządzenia po każdym uruchomieniu przed użyciem na pacjencie  | **TAK/NIE** |
|  | Waga poniżej 1 kg  | **TAK/NIE** |
|  | Tryb wentylacji typu „Demand” lub typu „SPN-CPAP” lub typu „SPN-CPAP/PS” | **TAK/NIE** |
|  | Przewód pacjenta silikonowy wielorazowy z możliwością sterylizacji w autoklawie w temp. min.134 stopni Celsjusza  | **TAK/NIE** |
|  | Tryb wentylacji IPPV lub VC-CMV lub VC-AC lub VC-SIMV  | **TAK/NIE** |
|  | Zasilanie bateryjne stałe w okresie min. 24 miesięcy bez potrzeby wymiany źródła  | **TAK/NIE** |