***Додаток 2***

***до Оголошення про проведення спрощеної закупівлі***

**Загальні вимоги**

1. Запропоноване обладнання повинно бути новим та таким, що не перебувало раніше в експлуатації (*надити гарантійний лист від Учасника у складі тендерної пропозиції*).
2. Обладнання, запропоноване Учасником, повинно бути внесене до Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення та/або введене в обіг відповідно до законодавства у сфері технічного регулювання та оцінки відповідності у передбаченому законодавством порядку.

На підтвердження Учасник повинен надати:

*Завірену копію декларації або копію документів, що підтверджують можливість введення в обіг та/або експлуатацію (застосування) медичного виробу за результатами проходження процедури оцінки відповідності згідно вимог технічного регламенту.*

1. Гарантійний термін на обладнання – не менше 12 місяців (*надати гарантійний лист від Учасника у складі тендерної пропозиції*).
2. Наявність при поставці інструкції з експлуатації на обладнання української мовою (*надати копію у складі тендерної пропозиції*).
3. Спроможність Учасника поставити запропоноване обладнання повинна підтверджуватись *оригіналом гарантійного листа від виробника* (якщо Учасник не є виробником товару) або його офіційного представника в Україні (*таке представництво повинно підтверджуватись копією відповідного листа, доручення, авторизації, тощо від виробника*), що підтверджує можливість постачання Учасником запропонованого обладнання в необхідній кількості, якості та в потрібні терміни, визначені цією тендерною документацією та пропозицією Учасника (*надати скановану копію оригіналу гарантійного листа у складі тендерної пропозиції*).
4. Проведення доставки, інсталяції та запуску обладнання за рахунок учасника (надати гарантійний лист від учасника).
5. Інструктаж спеціалістів замовника за рахунок учасника (надати гарантійний лист від учасника).

**МЕДИКО-ТЕХНІЧНІ ВИМОГИ НА**

**Паровий стерилізатор**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ з/п** | **Медико-технічна вимога** | **Наявність функції або величина характеристики/параметра** | **Відповідність (*Відповідає* або *Не відповідає*)** | **Посилання на відповідні розділи, та/або сторінку(и) технічного документа виробника** |
| 1. | Тип апарата | Стерилізатор паровий  |  |  |
| 2. | Клас автоклава | Клас B  |  |  |
| 3. | Тип охолодження стерилізатора | Повітряне  |  |  |
| 4. | Габаритні розміри стерилізатора | Ширина: не більше 450 ммГлибина: не більше 690 ммВисота: не більше 475 мм |  |  |
| 5. | Форма стерилізаційної камери | Циліндрична |  |  |
| 6. | Об’єм стерилізаційної камери | Не менше 22 л |  |  |
| 7. | Довжина стерилізаційної камери | Не менше 455 мм |  |  |
| 8. | Найбільша ширина стерилізаційної камери | Не менше 250 мм |  |  |
| 9. | Кількість лотків | Не менше 5 |  |  |
| 10. | Наявність отворів в лотках | Наявність |  |  |
| 11. | Максимальна довжина лотка | Не менше 420 мм |  |  |
| 12. | Вага апарата | Не більше 70 кг |  |  |
| 13. | Наявність принтера в комплекті до стерилізатора | Наявність |  |  |
| 14. | Вага максимального завантаження інструментами | Не менше 6 кг |  |  |
| 15. | Вага максимального завантаження перев’язувальним матеріалом | Не менше 2 кг |  |  |
| 16. | Наявність внутрішньої пам’яті даних із об’ємом не менше 15 Мбайт  | Наявність |  |  |
| 17. | Кількість програм для стерилізації | Не менше 7 |  |  |
| 18. | Наявність спеціальної програми стерилізації із додатковою четвертою превакуумізацією | Наявність |  |  |
| 19. | Можливість аварійного відкриття дверей | Наявність |  |  |
| 20. | Максимальне споживання електроенергії | Не більше 2 500 Вт |  |  |
| 21. | Характеристики електропостачання | 230 В /50 Гц |  |  |
| 22. | Наявність повітряного фільтра | Наявність |  |  |
| 23. | Можливість налаштування попереднього нагріву стерилізаційної камери | Наявність |  |  |
| 24. | Наявність опції додаткової сушки | Наявність |  |  |
| 25. | Наявність системи оцінки якості води, що використовується під час роботи автоклава | Наявність |  |  |