**Załącznik Nr 7 do SWZ**

(pieczątka firmowa Wykonawcy)

 **Znak: P/1/2025**

**SPECYFIKACJA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i UŻYTKOWYCH APARATU**

Nazwa aparatu ……………………………………………….

(Model, typ) ……………………………………………….

numer katalogowy ……………………………………………….

Rok produkcji ……………………………………………….

Ilość 1 sztuka

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** |  | **Wymagane parametry graniczne podlegające ocenie** | **Parametry oferowanego aparatu****TAK lub NIE** | **Uwagi Wykonawcy** |
| 1. | Automatyczne usuwanie ultrafiltratu | **TAK** |  |  |
| 2. | Pobór mocy aparatu poniżej 400 VA | **TAK** |  |  |
| 3. | Zewnętrzna pompa strzykawkowa do podaży chlorku wapnia | **TAK** |  |  |
| 4. | Czytnik kodów kreskowych do identyfikacji pacjenta | **TAK** |  |  |
| 5. | Osmolarność roztworu cytrynianu: Izotoniczny | **TAK** |  |  |

\*Niespełnienie jednego z parametrów dyskwalifikuje całą ofertę

miejscowość................................., dnia................

……………………………………………………………………………………

(pieczątka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)