Додаток 2 до оголошення

про проведення спрощеної закупівлі

**ТЕХНІЧНІ, ЯКІСНІ ТА ІНШІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРЕДМЕТА ЗАКУПІВЛІ**

| **Специфікація на поставку Товару (код за ЄЗС ДК 021:2015: 33150000-6 – Апаратура для радіотерапії, механотерапії, електротерапії та фізичної терапії)** |
| --- |
| **№****з/п** | **Найменування товару** | **Код ДК 021:2015****(за показником 5-8 цифр)** | **Код НК 024:2019** | **Одиниця виміру** | **Кількість** | **Країна походження** |
| 1 | Установка для кисневої терапії, комплект (циліндр кисневий DIN 2L, 400 L, 200 bar; регулятор тиску кисню Р300 F15 DNS; кейс Oxivac)  | 33150000-6 – Апаратура для радіотерапії, механотерапії, електротерапії та фізичної терапії | 47225 - Балон для кисню43438 - Регулятор кисневого балона12500 – Сумка медична | шт. | 2 | Україна |

**МЕДИКО-ТЕХНІЧНІ ВИМОГИ**

**1.Медико-технічні вимоги до циліндру кисневому**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Вимоги | В**ідповідність****(так/ні)** |
|  | Корисна ємність | не менше 2 л |  |
|  | Зовнішній діаметр | 102 мм ±10 мм |  |
|  | Довжина | не більше 370 мм |  |
|  | Вага | не більше 3 кг |  |
|  | Місткість кисню при нормальній температурі та тиску | не менше 400 л |  |
|  | Робочий тиск | не менше 180 бар |  |
|  | Тестовий тиск | не менше 270 бар |  |
|  | Матеріал | сталь |  |

**2.Медико-технічні вимоги до регулятору тиску кисню**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Вимоги | В**ідповідність****(так/ні)** |
|  | Поток на виході (з регулюванням) | не гірше 0-15 л/хв |  |
|  | Точність швидкості потоку (не гірше) | ±20% (при швидкості потоку ˃1,5 л/хв.)±30% (при швидкості потоку ≤1,5 л/хв.) |  |
|  | Максимальний тиск на вході | 300 бар |  |
|  | Тиск закриття | < 5,5 бар |  |
|  | Клапан скидання тиску | < 10 бар |  |
|  | Вага | не більше 0,8 кг |  |

**3.Медико-технічні вимоги до кейсу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Вимоги | В**ідповідність****(так/ні)** |
| 3.1 | Матеріал | пластик HDPE |  |
| 3.2 | Габаритні розміри | не більше 170 х 500 х 400 мм |  |
| 3.3 | Колір | помаранчевий або червоний |  |
| 3.4 | Ремінь для фіксації балону | наявність |  |
| 3.5 | Ремінь для фіксації редуктору | наявність |  |
| 3.6 | Внутрішні сумки-органайзери (не менше трьох) | наявність |  |

\* посилання на конкретні марку чи виробника, патенти, типи або конкретне місце походження чи спосіб виробництва вживаються у значенні «… «або еквівалент»». Еквівалентом вважається лікарські засіб з технічними та якісними характеристиками, які зазначено в Додатку 2.

1. Для підтвердження відповідності медичного обладнання медико-технічним вимогам, кожен Учасник повинен надати у складі пропозиції декларацію відповідності та\або сертифікат якості та/або паспорт якості та\або інструкцію з використання, висновок державної санітарно-гігієнічної експертизи (за наявності).

2. Учасник повинен мати діючу Ліцензію на провадження господарської діяльності з оптової або роздрібної торгівлі медичними матеріалами або діючу Ліцензію на виробництво медичних матеріалів, якщо він є виробником предмету закупівлі.

3. Термін придатності повинен бути не менше одного року з моменту отримання медичного обладнання та при необхідності мати можливість заміни неякісного медичного обладнання, протягом гарантійного терміну.

4. Поставка медичного обладнання здійснюється за рахунок Продавця згідно заявки Покупця. Продавець повинен мати усі необхідні дозволи на право реалізації та транспортування Товару та поставляти медичне обладнання з документальним підтвердженням відповідності медичного обладнання. Продавець забезпечує належні умови зберігання та транспортування.

5. З метою запобігання закупівлі фальсифікованої продукції, яка може нанести шкоду здоров’ю, забезпечення безпечної роботи персоналу та дотримання законодавства щодо охорони праці, Учасник повинен підтвердити можливість поставки запропонованого ним Товару, у кількості та в терміни, визначені оголошенням та пропозицією Учасника. На підтвердження Учасник повинен надати **гарантійний лист від виробника** (представництва, філії виробника – якщо їх відповідні повноваження поширюються на території України), або представника, дилера, дистриб'ютора, яким підтверджується можливість поставки Учасником Товару, у кількості, та в терміни, визначені оголошенням та пропозицією Учасника. Лист повинен включати в себе: назву Учасника, номер оголошення, що оприлюднене на веб-порталі Уповноваженого органу, назву предмета закупівлі відповідно до оголошення про проведення спрощеної закупівлі, а також запропонований Товар в необхідній кількості, найменування Замовника.

6. Видаткова накладна в 2-х екземплярах та рахунок-фактура.

7. Невідповідність зазначених документів вимогам чинних нормативно-правових актів є підставою для відмови Покупця від прийняття медичного обладнання без відповідальності за такі дії. При цьому медичне обладнання вважаються не поставленими.

8. Медико-технічні вимоги повинні відповідати таким, які зазначені у даному додатку.

9. У разі виявлення будь-яких недоліків медичного обладнання протягом гарантійного строку Покупець має право вимагати від Продавця замінити Товар на якісний протягом 15 (п’ятнадцять) календарних днів з моменту отримання відповідної претензії.

10. Технічні, якісні характеристики за предметом закупівлі повинні відповідати встановленим/зареєстрованим нормативним актам чинного законодавства України (державним стандартам), які передбачають застосування заходів із захисту довкілля.

13. Строк постачання Товару з моменту укладання договору по 21 листопада 2022 року включно, згідно заявок Покупця.

**14. Якщо Учасником пропонується аналог та/або еквіваленти товару до того, що вимагається Замовником, додатково у складі пропозиції Учасник надає таблицю, складену в довільні формі, яка у порівняльному вигляді містить відомості щодо основних технічних та якісних характеристик товару, що вимагається Замовником до основних технічних та якісних характеристик аналогу та/або еквіваленти товару, що пропонується Учасником. При цьому якість запропонованого аналогу та/або еквіваленти товару має відповідати якості, що заявлена у технічній специфікації Замовника.**

*Посада, прізвище, ім’я, підпис уповноваженої особи Учасника, печатка (за наявності)*