**SPECIFIKACIJE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naročnik** | **Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica****Ulica padlih borcev 13A****5290 Šempeter pri Gorici** |
| **Oznaka javnega naročila** | **270-19/2023** |
| **Predmet javnega naročila** | **Aparat za neinvazivno žilno diagnostiko** |

**Ponujena oprema:**

**Proizvajalec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Model: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Minimalne zahtevane tehnične specifikacije in funkcionalnosti:** | **Stran v prospektni dokumentaciji, kjer je razvidno izpolnjevanje zahteve** |
| 1. merjenje segmentnih tlakov na zgornjih in spodnjih okončinah s PPG ali Dopplerjem |       |
| 2. merjenje in prikaz hitrosti pretokov v perifernih arterijah (PVR) |       |
| 3. merjenje gleženjskega indeksa s PPG ali Dopplerjem |       |
| 4. oprema mora omogočiti priklop 4 MHz in 8 MHz sonde |       |
| 5. merjenje prstnega oziroma palčnega indeksa (TBI oziroma FBI) |       |
| 6. fotopletizmografija prstov rok in nog (PPG) |       |
| 7. hkratno merjenje segmentnih tlakov z do 12 manšetami  |       |
| 8. možnost izvoza preiskave v bolnišnični računalniški sistem (Birpis) |       |
| 9. zagotovitev nadomestnih delov za aparat za dobo 7 let |
| 10. zagotovitev servisa in odprave napake v roku 5 dni. |

Spodaj podpisani pooblaščeni predstavnik ponudnika izjavljam, da ponujeno blago/vse storitve v celoti ustreza/jo zgoraj

navedenim opisom.

|  |
| --- |
| V/na      , dne       |
|  |  |  |
| **Zastopnik/prokurist (ime in priimek)** | **Podpis** | **Žig** |
|  |  |  |