**"Утверждено"**

**Главный врач**

**КГП «Карасуская ЦРБ»**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В.В Голубев**

**"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года**

**Техническая спецификация**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Критерии** | **Описание** |
| **1** | **Наименование медицинской техники (далее – МТ)***(в соответствии с государственным реестром МТ с указанием модели, наименования производителя, страны)* | **Стерилизатор паровой**  |
| **2** | **Наименование МТ, относящейся к средствам измерения**(*с указанием модели, наименования производителя, страны)* |  |
| **3** | **Требования к комплектации** | *№**п/п* | *Наименование комплектующего к МТ* *(в соответствии с государственным реестром МТ)* | *Краткая техническая характеристика комплектующего к МТ* | *Требуемое количество**(с указанием единицы измерения)* |
| *Основные комплектующие* |
|  |  Стерилизатор паровой  | * Рабочее давление пара в парагенераторе и стерилизационной камере, мПа (кгс/см2) 0.22
* Ток- переменный, трехфазный
* Частота, Гц-50
* Напряжение, В:380
* Потребляемая мощность, кВт, не более: 10
* Внутренний диаметр стерилизайионной камеры, мм- 400
* Количество режимов стерилизации:5
* Остаточная влажность: не более 1%
* Объем парогенератора: 25 л
* Управление: автоматическое
* Габаритные размеры, мм:
* Глубина-1200
* Ширина-720
* Высота-1360
* Масса не более 170 кг
* Тип стерилизатора- паровой горизонтальный
* Механизм закрывания крышки один прижим
* Колличество режимов стерилизации, не менее 5
* Объем стерилизационной камеры-100 л
* **Комплектация**
* Стерилизаторпаровой горизонтальный-1
* Подставка под срерилизационные коробки
* **Запасные части**
* Колпачок (под указатель уровня) 2
* Уплотнитель (прокладка под крышку стерилизационной камеры)-1
* Кольцо (прокладка под крышку парогенератора)1
* Прокладка под ТЭН-6
* Трубка стеклянная 12х1,5-260-1шт
* Электронагреватель ТЭН-3 шт
* Вставка плавкая-2 шт
 | 1 шт |
|  |  |  |  |
| *Дополнительные комплектующие* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Расходные материалы и изнашиваемые узлы:* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **4** | **Требования к условиям эксплуатации** | Требования к питанию: 380 В, ± 10%,Частота ГЦ 50, Ток переменный трехфазный;  |
| **5** | **Условия осуществления поставки МТ** *(в соответствии с ИНКОТЕРМС 2010)* | DDP пункт назначения |
| **6** | **Срок поставки МТ и место дислокации**  | 120 дней календарных днейАдрес: Костанайская область, Карасуский район, с.Карасу ул. Т. Рамазанова 2 |
| **7** | **Условия гарантийного сервисного обслуживания МТ поставщиком, его сервисными центрами в Республике Казахстан либо с привлечением третьих компетентных лиц** | Гарантийное сервисное обслуживание МТ не менее 37 месяцев *(на весь срок лизинга).* Плановое техническое обслуживание должно проводиться не реже чем 1 раз в квартал.Работы по техническому обслуживанию выполняются в соответствии с требованиями эксплуатационной документации и должны включать в себя: - замену отработавших ресурс составных частей;- замене или восстановлении отдельных частей МТ;- настройку и регулировку изделия; специфические для данного изделия работы и т.п.;- чистку, смазку и при необходимости переборку основных механизмов и узлов;- удаление пыли, грязи, следов коррозии и окисления с наружных и внутренних поверхностей корпуса изделия его составных частей (с частичной блочно-узловой разборкой);- иные указанные в эксплуатационной документации операции, специфические для конкретного типа изделий |

**Руководитель организации здравоохранения**

**КГП «Карасуская ЦРБ» УЗАКО****Голубев** **Владимир Владимирович \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(подпись)*

 м.п.

*\* Техническая спецификация направляется в прошитом виде, с пронумерованными страницами, последняя страница, заверенная подписью руководителя ОЗ и печатью ОЗ*