**"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 дней  Адрес: 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*