*Załącznik nr 2 do ogłoszenia*

**Przedmiot zamówienia (szczegółowy opis) – Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych**

|  |
| --- |
| **Uwaga:**Parametry z wpisanymi przez Zamawiającego wartościami w kolumnie „Wymagane warunki techniczno-użytkowe urządzeń należy traktować jako graniczne.Przez potwierdzenie spełnienia wymogów przez oferowanych przedmiot zamówienia, rozumie się ich potwierdzenie poprzez użycie słowa „TAK” . W przypadku oferowania parametrów innych należy je opisać oraz podać jednostkowy zakres oferowanego parametru, przy czym nie może on być gorszy od opisywanych.Oferty, które nie spełniają tych wymagań zostaną odrzucone jako niezgodne ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia.Przez opis oferowanego parametru rozumie się wskazanie przez Wykonawcę szczegółowego opisu odnoszącego się do konkretnie oferowanego parametru, w zakresie treści odpowiadającym co najmniej treści zawartej w kolumnie: „Wymagane warunki techniczno-użytkowe”. |

Marka i model oferowanego urządzenia:…………………………………….………………...

Producent oferowanego urządzenia / Kraj producenta: ……………………………………….

Rok produkcji – **2019** fabrycznie nowy (wpisać/potwierdzić) ………………………………..

|  |
| --- |
|  **Urządzenie do automatycznej kompresji klatki piersiowej**  |
| Wymagane warunki techniczno-użytkowe | Sposób opisu parametru | Potwierdzenie spełnienia wymogów/Parametry oferowane (opis) | Punktacja w kryterium PARAMETRY TECHNICZNE |
|  1. Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja. | **TAK\*** |  |  |
|  2. Działanie urządzenia w pełni elektryczne. | **TAK\*** |  |  |
| 1. Głębokość i częstość kompresji zgodnie z wytycznymi ERC / Głębokość – od 5 do 6 cm / Częstość – od 100 do 120 uc./min.
 | **TAK\*** |  |  |
| 1. Ładowanie urządzenia bez otwierania / wyjmowania go z plecaka/ torby wraz z widocznym wskaźnikiem stanu naładowania baterii.

***parametr niewymagany, lecz punktowany*** | **TAK/NIE podać** |  | **Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** |
| 1. Możliwość kompresji klatki piersiowej u „małych dorosłych pacjentów” z głębokością ucisku w granicach 4 – 5 cm
 | **TAK\*** |  |  |
| 1. Aktywna dekompresja – wspomaganie odprężenia klatki piersiowej przez element jednorazowego użycia do wykonania aktywnej relaksacji klatki piersiowej pacjenta - podciśnienie podczas ruchu zwrotnego przyśpiesza relaksację.

***parametr niewymagany, lecz punktowany***  | **TAK/NIE podać** |  | **Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** |
| 1. Źródło zasilania: akumulator wewnętrzny / zasilanie ze ściany karetki DC min. 12 – 28 V / zasilanie z gniazda sieci AC min. 210 - 250 V.
 | **TAK\*** |  |  |
| 1. Czas ładowania akumulatora wewnętrznego max. 150 min.
 | **TAK\*** |  |  |
| 1. Czas ładowania akumulatora wewnętrznego poniżej 125 min.

***parametr niewymagany, lecz punktowany***  | **TAK/NIE podać** |  | **Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** |
| 1. Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego w urządzeniu podczas jego pracy (wykonywanie RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC lub 12 V DC).
 | **TAK\*** |  |  |
| 1. Ładowarka wewnątrz urządzenia.
 | **TAK\*** |  |  |
| 1. Czas pracy urządzenia przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego: min. 40 min.
 | **TAK\*** |  |  |
| 1. Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta.
 | **TAK\*** |  |  |
| 1. Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą /plecakiem < 12 kg.
 | **TAK\*** |  |  |
| 15.Bezprzewodowa transmisja (bluetooth, wifi) danych  z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej  resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera. ***parametr niewymagany, lecz punktowany***  | **TAK/NIE podać** |  | **Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt.** |
| 1. Wyposażenie aparatu: torba lub plecak / deska pod plecy / elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (min. 12 szt.) / akumulator.
 | **TAK\*** |  |  |
| 1. Okres gwarancji minimum: 24 miesiące od daty podpisania protokołu odbioru urządzenia.
 | **TAK\*****(podać)** |  |  |
| 1. Dołączyć paszport techniczny, instrukcje obsługi w języku polskim, karty gwarancyjne
 | **TAK\*** |  |  |
| 1. Dołączyć deklarację zgodności CE, Certyfikat CE, Zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych
 | **TAK\*** |  |  |
| 1. Przeprowadzenie szkolenia członków zespołów ratowniczych w zakresie działania, obsługi i eksploatacji urządzenia.
 | **TAK\*** |  |  |

\* parametr wymagany obligatoryjnie, wypełnia Wykonawca

**UWAGA:**

Brak potwierdzenia / opisu w kolumnie „Potwierdzenie spełnienia wymogów/parametry oferowane (opis)”, będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów, spowoduje odrzucenie oferty.

**Sprawdzenie spełnienia określonych w pkt. 18 oraz 19 wymagań nastąpi w dniu odbioru przedmiotu zamówienia.**

**Sprawdzenie spełnienia określonych w pkt. 20 wymagań nastąpi w dniu odbioru przedmiotu zamówienia lub w innym terminie uzgodnionym z Zamawiającym** **(nie później niż w ciągu 7 dni od dnia odbioru przedmiotu zamówienia).**

W momencie składania oferty Wykonawca potwierdza **oświadczeniem**, stanowiącym Załącznik nr 1 (Formularz ofertowy), że spełni wymagania określone w pkt. 18, 19 i 20.

……………………………………………………..

 *(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji)*