|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | Parametr wymagany –TAK/ parametr dodatkowo oceniany (TAK/NIE) | Parametr oferowany |
| **I** | **URZĄDZENIE DO MECHANICZNEJ KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ** | | |
|  | Producent, kraj pochodzenia, nazwa,marka i model urządzenia | podać | |
|  | Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej, fabrycznie nowe - rok produkcji 2020 rok. | podać |  |
| 3. | Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja | Tak |  |
| 4. | Działanie urządzenia w pełni elektryczne | Tak |  |
| 5. | Głębokość i częstotliwość kompresji zgodnie z wytycznymi ERC  Głębokość – od 5 do 6 cm  Częstość uciśnięć regulowana manualnie w zakresie od 100 do 120 uc./min. | Tak (opisać) |  |
| 6. | Aktywna dekompresja (relaksacja) – wspomaganie odprężenia klatki piersiowej np.: poprzez ssawkę (podciśnienie podczas ruchu zwrotnego).  **Parametr dodatkowo oceniany** | **TAK – 20 pkt**  **NIE – 0 pkt** |  |
| 7. | Źródło zasilania:  - akumulator wewnętrzny i  - zasilanie z instalacji elektrycznej ambulansu DC 12 V i  - zasilanie z gniazda sieci AC min. 210 - 250 V | Tak |  |
| 8. | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego podczas pracy urządzenia (RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC lub 12 V DC) | Tak |  |
| 9. | Ładowarka wbudowana wewnątrz urządzenia | Tak |  |
| 10. | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego: min. 40 min. | Tak |  |
| 11. | Możliwość wykonania defibrylacji za pomocą tzw. manualnych łyżek defibrylacyjnych bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | Tak |  |
| 12. | Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą lub plecakiem < 12 kg | Tak  podać ile |  |
| 13. | Funkcja bezprzewodowej automatycznej transmisji danych (nie pendrive, nie karta pamięci) z wbudowanej pamięci urządzenia obejmująca raportowanie parametrów zakończonej resuscytacji tj. godzina włączenia, czas pracy, ilość wykonanych przerw, głębokość oraz szybkość uciśnięć.  **Parametr dodatkowo oceniany** | **TAK – 20 pkt**  **NIE – 0 pkt** |  |
| 14. | Wyposażenie urządzenia:   * + torba lub plecak   + deska / podkładka pod plecy   + pasy do mocowania rąk pacjenta   + jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (min. 12 szt.)   + akumulator   + zasilacz sieciowy AC 210 - 250 V   + przewód zasilający do ambulansu DC 12 V   + inne…………………………………(wymienić) | Tak |  |
| 15. | Wszystkie dostarczone z urządzeniem akcesoria muszą być wyszczególnione w deklaracji zgodności oraz opisane w instrukcji obsługi urządzenia | Tak |  |
| 16. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | Tak |  |
| 17. | Deklaracja zgodności lub certyfikat CE | Tak |  |
| 18. | Oferowane urządzenie musi spełniać wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych oraz posiadać Deklarację Zgodności z Normą EN 1789:2007+A2:2014 potwierdzającą możliwość przewożenia i pracy urządzenia w ambulansie | Tak |  |
| 19. | Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony | Tak  Podać ile |  |
| 20. | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. | Tak |  |
| 21. | Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej wykonawca zapewni element zastępczy lub urządzenie na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy zamawiającego (dotyczy okresu gwarancyjnego) | Tak |  |
| 22. | Wykonawca dostarczy , uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z obsługi i eksploatacji urządzenia | Tak |  |
| 23. | Urządzenie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez konieczności dokonywania dodatkowych zakupów | Tak |  |
| 24. | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych min. 8 lat od daty sprzedaży | Tak, podać |  |

.......................... .................................................................

data pieczątka i podpis Wykonawcy