**Załącznik nr 2 do SWZ**

##### Opis przedmiotu zamówienia

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa fabrycznie nowych  **urządzeń do kompresji klatki piersiowej** oraz przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi, eksploatacji i konserwacji przedmiotu zamówienia – jeśli jest wymagane.
2. Zamówienie należy zrealizować w terminie **60 dni od podpisania umowy**.
3. Wszelkie czynności i prace związane z montażem, oferowanego przez Wykonawcę przedmiotu dostawy, niezbędne do prawidłowego i zgodnego z przeznaczeniem funkcjonowania przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest uwzględnić w cenie oferty.
4. **Szkolenie personelu:**

Wykonawca zobowiązany jest do przeprowadzenia szkolenia personelu Zamawiającego z zakresu prawidłowej eksploatacji przedmiotu zamówienia. Wykonawca zobowiązany jest zapewnić niezbędny sprzęt do przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego, jak również materiały eksploatacyjne (tzw. Pakiet rozruchowy – jeśli jest wymagany). Zamawiający ze swojej strony zapewni wyłącznie miejsce do przeprowadzenia szkoleń.

1. **Wymagane parametry przedmiotu zamówienia.**

Poniższa tabela z parametrami wymaganymi musi wypełnić Wykonawca i dołączyć do oferty. Parametry podane w tabelistanowią **minimalne** wymagania graniczne (odcinające), których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak wpisu w rubryce **„Parametry oferowane”** zostanie potraktowany jako niespełnienie parametru skutkujące odrzuceniem oferty.

#### Przedmiotem zamówienia jest dostawa fabrycznie nowych **urządzeń do kompresji klatki piersiowej - szt. 4 (cztery)** i przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie jego obsługi, eksploatacji i konserwacji ;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | Parametr wymagany –TAK/ parametr dodatkowo oceniany (TAK/NIE) | Parametr oferowany |
| **I** | **URZĄDZENIE DO WSPOMAGANIA KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ** | | |
|  | Podać producenta i model urządzenia |  | |
|  | Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej, fabrycznie nowe - rok produkcji min. 2021 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 w zakresie – od 5 do 6 cm  Częstość uciśnięć regulowana manualnie w zakresie od 100 do 120 uc./min. | Tak (opisać) |  |
| 6. | Źródło zasilania:  - akumulator wewnętrzny i  - zasilanie z instalacji elektrycznej ambulansu DC 12 V i  - zasilanie z gniazda sieci AC min. 210 - 250 V | Tak |  |
| 7. | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego podczas pracy urządzenia (RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC lub 12 V DC) | Tak |  |
| 8. | Ładowarka wbudowana wewnątrz urządzenia | Tak |  |
| 9. | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego: min. 40 min. | Tak |  |
| 10. | Możliwość wykonania defibrylacji za pomocą tzw. manualnych łyżek defibracyjnych bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | Tak |  |
| 11. | Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą lub plecakiem < 12 kg | Tak |  |
| 12. | Funkcja bezprzewodowej (nie pendrive, nie karta pamięci) automatycznej transmisji danych z wbudowanej pamięci, obejmującej raportowanie parametrów zakończonej resuscytacji tj. godzina włączenia, czas pracy, ilość wykonanych przerw, ich długość oraz głębokość i prędkość uciśnięć. |  |  |
| 13. | Dane o pracy przesyłane automatycznie i bezpośrednio z urządzenia na konfigurowalne adresy na e-mail np.: dyrektora medycznego lub/i koordynatora medycznego pogotowia.  **Parametr dodatkowo oceniany** | **TAK – 20 pkt**  **NIE – 0 pkt** |  |
| 14. | Bezprzewodowa (nie pendrive, nie karta pamięci) zdalna konfiguracja parametrów pracy urządzenia/urządzeń za pomocą komputera, tabletu, telefonu np.: Dyrektora medycznego lub/i koordynatora medycznego.  **Parametr dodatkowo oceniany** | **TAK – 20 pkt**  **NIE – 0 pkt** |  |
| 15. | Wyposażenie urządzenia:   * + torba lub plecak   + deska / podkładka pod plecy   + pasy do mocowania rąk pacjenta   + jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (min. 2 szt.)   + akumulator   + zasilacz sieciowy AC 210 - 250 V   + przewód zasilający do ambulansu DC 12 V   + inne (jeśli występują proszę opisać) | Tak |  |
| 16. | Wszystkie dostarczone z urządzeniem akcesoria muszą być wyszczególnione w deklaracji zgodności oraz opisane w instrukcji obsługi urządzenia | Tak |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | Tak |  |
| 18. | Deklaracja zgodności lub certyfikat CE | Tak |  |
| 19. | Oferowane urządzenie musi spełniać wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych oraz posiadać Deklarację Zgodności z Normą PN-EN 1789:2007+A2:2014 **lub równoważną** potwierdzającą możliwość przewożenia i pracy urządzenia w ambulansie medycznym | Tak |  |
| 20. | Okres gwarancji min. 24 miesiące, w okresie obowiązywania gwarancji min. jeden przegląd w cenie po 12 miesiącach użytkowania | Tak, Podać |  |

**Zamawiający informuje**, że ilekroć przedmiot zamówienia określony w specyfikacji istotnych warunków zamówienia opisany jest przez wskazanie znaku towarowego, patentu lub pochodzenia dopuszcza się rozwiązania równoważne tzn. posiadające cechy, parametry, zastosowanie nie gorsze niż opisane w przedmiocie zamówienia. Wykazanie równoważności zaoferowanego przedmiotu spoczywa na Wykonawcy.

**UWAGA: Nie spełnienie wymaganych warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

**Niniejszy dokument należy opatrzyć zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.**

**Dokument należy wypełnić poprzez uzupełnienie poszczególnych tabel.**