**8/AMB/2022 – część nr 6** Załącznik nr 1 do swz

 **FORMULARZ- OFERTOWY** (strona druga)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***L.P*** | **Wymagane minimalne parametry techniczne urządzenia do automatycznej kompresji klatki piersiowej** | **Wpisać** parametry oferowane: |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** |
|  | Producent | Wpisać producenta |
|  | Nazwa, model | Wpisać nazwę i model |
|  | Kraj pochodzenia | Wpisać kraj pochodzenia |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe , rok produkcji 2022r. | Wpisać rok produkcji |
| 1 | Urządzenie przenośne o wadze nie przekraczającej 12 kg w pełnej gotowości do działania,  | Opisać i podać wagę  |
| 2 | Przeznaczone do mechanicznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej osób dorosłych | Wpisać TAK lub NIE |
| 3 | Urządzenie ma zapewnić parametry pracy zgodne z wytycznymi Polskiej Rady Resuscytacji z roku 2015.Głębokość ucisku 5-6 cmCzęstotliwość ucisku 100-120/min**Kryterium oceny ofert:**Głębokość uciśnięć 5-6 cm – Tak - 10 pktNie – 0 pkt. | Podać zakres:Głębokość ucisku: ……….Częstotliwość ucisku: ……. |
| 4 | Prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej za pomocą taśmy piersiowej lub mechanicznego tłoka  | Opisać |
| 5 | Cykl obciążenia kompresja/dekompresja 50% + - 5% | Podać stosunek cykli kompresja/dekompresja |
| 6 | Częstość uciśnięć:-min. 80 / minutę dla urządzenia prowadzącego uciski obwodowe,- min. 100 / minutę dla urządzenia prowadzącego uciski punktowe na mostek | Podać min. częstotliwość dla ucisków obwodowychoraz dla ucisków punktowych |
| 7 | Możliwość wykonania defibrylacji bez zdejmowania urządzenia z pacjenta | Wpisać TAK lub NIE |
| 8 | Prowadzenie ucisków klatki piersiowej w trybie : 30 ucisków / 2 oddechy ratownicze oraz możliwość pracy w trybie ciągłym | Opisać |
| 9 | Możliwość wykonywania nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przez min. 30 min. | Wpisać TAK lub NIE |
| 10 | Zasilanie aparatu:1. z akumulatora
2. z instalacji 12V DC ( ze ściany karetki)
3. z sieci 230V AC

Wymagane wszystkie sposoby | Opisać rodzaje zasilania aparatu |
| 11 | Czas pracy z 1 akumulatora minimum 30 minut | Wpisać min. czas pracy aparatu |
| 12 | Możliwość szybkiej wymiany akumulatora bez użycia dodatkowych narzędzi | Wpisać TAK lub NIE |
| 13 | Zdalna konfiguracja ( przez siec Wi-FI) |  |
| 14 | Bezprzewodowy transfer danych RKO wraz z oprogramowaniem do odtwarzania danych ( przez sieć WiFi)**Kryterium oceny ofert:**posiada funkcjonalność = 10 pkt. nie posiada = 0 pkt. | Wpisać TAK lub NIE |
| 15 | Opisy i komunikaty w języku polskim | Wpisać TAK lub NIE |
| 16 | Wyposażenie:1. akumulatory – w ilości zapewniającej pracę urządzenia przez 120 minut.
2. ładowarka akumulatorów wbudowana w urządzenie lub jeśli nie jest wbudowana w urządzenie to oddzielna – zewnętrzna ładowarka
3. torba transportowa na urządzenie i akcesoria
4. element bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu – 10 szt. (pasów- taśm piersiowych lub ssawek do aktywnej relaksacji)

  |  Opisać , wpisać również czy posiada ładowarkę wbudowaną czy zewnętrzną |
| 17 | Deklaracja Zgodności CE, Certyfikat CEZgodności z Dyrektywą 93/42/EEC na oferowane urządzenie  | Załączyć |
| 18 | Folder lub inny dokument producenta zawierający opis podanych w kol. Nr 4 parametrów technicznych  |  Wpisać TAK lub NIE |
| 19 | Okres gwarancji min. 24 miesiące. |  Wpisać okres gwarancji |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Wpisać TAK lub NIE |
| 21 | Karta gwarancyjna | Wpisać TAK lub NIE |
| 22 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | Wpisać TAK lub NIE |
| 23 | Szkolenie w zakresie obsługi i eksploatacji | Wpisać TAK lub NIE |
| 24 | Przegląd techniczny, bezpłatny w ramach gwarancji, wykonany przez autoryzowany serwis w po kolejnych 12-tu miesiącach użytkowania aparatu, w okresie gwarancji | Wpisać TAK lub NIE |

**Oświadczam**, że sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie
z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów

 **…………………………………….**

 Podpis Wykonawcy