**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 cm  Częstotliwość ucisku 100-120/min  **Kryterium oceny ofert:**  Głębokość uciśnięć 5-6 cm – Tak - 10 pkt  Nie – 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 obwodowych  oraz 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 CE  Zgodności 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