Załącznik Nr 2

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia –**

**Zestawienie wymaganych parametrów użytkowo – technicznych oraz ocenianych dla Zadania nr 2- Urządzenie do automatycznej kompresji klatki piersiowej**

|  |
| --- |
| **Nazwa i typ:** ……………………………………………….... |
| Producent :…………………………………………………………………… |
| Numer katalogowy: …………………………………………………………. |
| Kraj pochodzenia: …………………………………………………………… |
| Rok produkcji 2019r |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny TAK/**  **NIE\*** | **Parametr oferowany (proszę wpisać)\*\*** |
| 1 | **Fabrycznie nowe urządzenie do automatycznej kompresji klatki piersiowej** |  |  |
| 2 | Urządzenie przenośne o wadze nie przekraczającej 12 kg w pełnej gotowości do pracy. |  |  |
| 3 | Przeznaczone do mechanicznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej osób dorosłych w karetkach pogotowia ratunkowego, spełniające normę PN-EN 1789. |  |  |
| 4 | Prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej za pomocą taśmy piersiowej lub mechanicznego tłoka z ssawką relaksacyjną. |  |  |
| 5 | Częstość uciśnięć:   1. Min.80/minutę dla urządzenia prowadzącego uciski obwodowe, 2. Min.100/minutę dla urządzenia prowadzącego uciski punktowe na mostek |  |  |
| 6 | Możliwość wykonania defibrylacji bez zdejmowania urządzenia z pacjenta |  |  |
| 7 | Prowadzenie ucisków klatki piersiowej w trybie – 30 ucisków/ 2 oddechy ratownicze oraz możliwość pracy w trybie ciągłym |  |  |
| 8 | Możliwość wykonywania nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przez min. 30 minut |  |  |
| 9 | Zasilanie aparatu:   * + - 1. Z akumulatora       2. Z instalacji 12 V DC (ze ściany ambulansu)       3. Z sieci 230 V AC |  |  |
| 10 | Czas pracy z 1 akumulatora minimum 30 minut. |  |  |
| 11 | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego w urządzeniu podczas jego pracy ( wykonywanie RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230V AC lub 12V DC) |  |  |
| 12 | Norma IP min. 43. |  |  |
| 13 | Wyposażenie urządzenia w:   1. Akumulator 2. Ładowarkę akumulatorów - jeśli nie jest wbudowana w urządzenie 3. Torbę transportową 4. Elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu – min. 2 szt. |  |  |
| 14 | Gwarancja , min.-24 miesiące  **parametr punktowany** |  |  |
| 15 | Bezpłatne przeglądy okresowe w trakcie gwarancji, min. 1 na rok (przegląd „0” , pierwszy roczny oraz kolejny w przypadku zaoferowania 36 miesięcznej gwarancji) zgodnie z wymaganiami zawartymi w instrukcji obsługi urządzenia – oraz bezpłatny serwis w okresie zaoferowanej gwarancji z uwzględnieniem kosztów dojazdu. |  |  |
| 16 | W okresie gwarancji Wykonawca ,w przypadku awarii trwającej ponad 5 dni robocze, dostarczy Zamawiającemu urządzenie zastępcze wykonujące taki sam zakres badań jak urządzenie naprawiane oraz o takich samych lub podobnych i niegorszych parametrach technicznych |  |  |
| 17 | Okres gwarancji zostaje przedłużony o czas przestoju urządzenia z powodu usterki lub awarii, liczony od chwili zgłoszenia do Wykonawcy usterki lub awarii, do chwili usunięcia usterki lub awarii. Terminy zgłoszenia i usunięcia usterki lub awarii zostaną potwierdzone protokołem/ raportem serwisowym/ podpisanym przez wskazanego przez Zamawiającego bezpośredniego użytkownika urządzenia oraz uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy. |  |  |
| 18 | Udokumentowanie każdego przeglądu i każdej naprawy raportem serwisowym potwierdzonym przez upoważnionego przedstawiciela bezpośredniego użytkownika i wpisem do paszportu technicznego. |  |  |
| 19 | W przypadku trzykrotnej naprawy gwarancyjnej tego samego elementu przedmiotu zamówienia, Wykonawca zobowiązany jest wymienić wadliwy element zamówienia na nowy. |  |  |
| 20 | Paszport techniczny, instrukcja obsługi w języku polskim dostarczone będą przed podpisaniem protokołu odbiorczego. |  |  |
| 21 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu przeprowadzone w miejscu instalacji aparatu. |  |  |
| 22 | **Na wezwanie Zamawiającego : dokumenty dopuszczające do obrotu w jednostkach medycznych na terenie Polski, zgodnie Ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 175, 447, 534.) oraz aktami wykonawczymi do niej.**  **Deklaracje zgodności .**  **Folder oraz dokumenty potwierdzające wszystkie oferowane parametry .** |  |  |

**UWAGA:**

**\* W kolumnie oznaczonej TAK/NIE należy wpisać zgodnie ze stanem faktyczny, kolumnę wypełnia Wykonawca. Podanie odpowiedzi „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

**\*\* Należy wypełnić kolumnę i podać szczegółowy opis oferowanego wyposażenia**

**Zaoferowanie urządzenia o parametrach gorszych, niższych niż opisane powyżej parametry wymagane minimalne spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej z wymaganiami SIWZ.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parametr oceniany**  : | | | | |
| ***Parametr oceniany*** | ***Ilość punktów za oceniany parametr*** | ***Wpisać:***  ***-(Tak/Nie)***  ***-Oferowany parametr*** | ***Maksymalna ilość punktów do uzyskania*** |
| Gwarancja min.36 miesięcy  *( obejmująca zakresem wymagania wskazane w punktach od 15 do 19 niniejszego załącznika )* | Nie -0pkt.  Tak-40 pkt. | Wpisać(tak/nie)…………  podać okres gwarancji:  ……………m-cy | 40 |

**W przypadku zaoferowania okresu gwarancji większego niż 36 miesięcy, okres będzie wiążący, lecz Wykonawca otrzyma tyle punktów jak w przypadku okresu gwarancji 36 miesięcznego.**

**Oświadczamy, że oferowane urządzenie, oprócz spełniania odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

*…………………………………………..*

*(data i podpis Wykonawcy)*