|  |
| --- |
| Załącznik nr 1 do Zadania nr 3 |
|  |

**OŚWIADCZAMY, ŻE OFERUJEMY:**

Niespełnienie co najmniej jednego z postawionych poniżej wymagań co do ich wartości minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

***Kolumnę 4 wypełnia Wykonawca.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać zakresy lub opisać** |

|  |
| --- |
| **Automatyczne urządzenie do kompresji klatki piersiowej w trakcie resuscytacji szt. 1****Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................****Producent: .........................................................................****Kraj produkcji: ...................................................................****Rok produkcji: ...................................................................** |
|  | Prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej za pomocą mechanicznego tłoka lub pasa obwodowego w trybie 30 ucisków / 2 oddechy ratownicze oraz możliwość pracy w trybie ciągłym | TAK |  |
|  | Cykl pracy urządzenia: 50% kompresja / 50 % dekompresja | TAK |  |
|  | Częstość kompresji zawarta w zakresie od 100 – 120 uciśnięć na minutę. | TAK |  |
|  | Głębokość kompresji: w zakresie od 4 - 6 cm dla urządzenia typu tłok lub 20% głębokości klatki piersiowej w przypadku pasa obwodowego | TAK |  |
|  | Urządzenie przystosowane do wykonywania kompresji u pacjentów o szerokość klatki piersiowej min 44 cm. | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | TAK |  |
|  | Waga urządzenia gotowego do pracy poniżej 10kg | TAK |  |
|  | Bezprzewodowa (przez sieć WIFI ) transmisja danych medycznych z przebiegu RKO do komputerów typu PC z możliwością jednoczesnego powiadomienia (.pdf) wysyłanego automatycznie na dedykowany adres email | TAK |  |
|  | Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) częstości uciśnięć klatki piersiowej za pomocą tłoka w zakresie 102 - 111 - 120 uciśnięć na minutę. | TAK |  |
|  | Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) głębokości uciśnięć klatki piersiowej, umożliwiająca dostosowanie głębokości do obowiązujących wytycznych ERC/AHA. | TAK |  |
|  | Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) czasu przeznaczonego na wentylację w zakresie od 3 do 5 sekund | TAK |  |
| 1.
 | Możliwość ładowania akumulatora w urządzeniu (ładowarka wbudowana w urządzenie) lub w ładowarce zewnętrznej. Czas ładowania akumulatora od 0 do 100% max. 150 min. | TAK |  |
|  | Wyposażenie aparatu:* 1. Torba/plecak przenośny
	2. deska pod plecy pacjenta
	3. podkładka stabilizująca pod głowę pacjenta
	4. pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia
	5. akumulator
	6. 12 elementów do uciskania klatki piersiowej (pasy, przyssawki, lub nakładki na tłok)
 | TAK |  |
|  | Możliwość zamiennego zastosowania dedykowanej deski pod plecy przeziernej dla promieni RTG | TAK |  |
| 14. | Urządzenie fabrycznie nowe, nie używane, rok produkcji 2021, gwarancja min. **24** miesiące,bezpłatne przeglądy sprzętu w okresie gwarancji wg zaleceń Producenta | TAK, podać |  |

UWAGA!

Parametry, których wartość określona jest w rubryce „wartość wymagana” stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Do oferty na wezwanie Zamawiającego należy dołączyć materiały informacyjne (np. katalog,) potwierdzające spełnienie wymagań opisanych w OPZ.

Oferent gwarantuje, że urządzenie jest nowe, kompletne i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

**Oświadczam, że urządzenie jest zgodne z opisem i posiada wymagane certyfikaty i dopuszczenia do stosowania.**

……………………………..

(miejscowość, data) (podpis oferenta )