ZP/220/89/19

**ZMODYFIKOWANY Załącznik nr 2 do formularza oferty**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr/warunek** | **Warunek graniczny** | **Ocena punktowa** | **Parametry oferowane (wypełnia Wykonawca)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| **Defibrylator - 4 szt.** |
| **I** | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |  |
| 1 | Urządzenie do monitorowania i defibrylacji  | TAK |   |   |
| 2 | Ekran kolorowy typu TFT o przekątnej minimum 7’’ | TAK,podać |   |   |
| 3 | Możliwość wyświetlania na ekranie min. 3 krzywych dynamicznych. | TAK,podać |  |   |
| 4 | Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie wartości liczbowych | TAK |  |   |
| 5 | Dwufazowa fala defibrylacji | TAK |  |   |
| 6 | Defibrylacje ręczna w zakresie min. od 1 do 360 J | TAK,podać |  |   |
| 7 | Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej | TAK |  |   |
| 8 | Czas ładowania do energii maksymalnej 200J max. 3 sekund | TAK,podać |  |   |
| 9 | Możliwość wyboru jednego spośród min. 20 poziomów energii defibrylacji | TAK,podać |   |   |
| 10 | Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodny z aktualnymi wytycznymi AHA/ERC z 2015 r.  | TAK |   |   |
| 11 | Energia defibrylacji w trybie AED min. od 10 do 360 J | TAK,podać |   |   |
| 12 | W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią min. od 10 do 360J | TAK,podać |   |   |
| 13 | Możliwość wykonania defibrylacji w trybie AED za pomocą elektrod jednorazowych | TAK |   |   |
| 14 | Dźwiękowe i tekstowe komunikaty w języku polskim prowadzące użytkownika przez proces defibrylacji półautomatycznej | TAK |   |   |
| 15 | Wydzielony na defibrylatorze przycisk rozładowania energii | TAK |   |   |
| 16 | Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylacyjnych | TAK |   |   |
| 17 | Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta | TAK,podać | na ekranie – 10 pkt.na łyżkach – 0 pkt. |   |
| 18 | Możliwość wykonania kardiowersji | TAK |   |   |
| 19 | Monitorowanie EKG min. z 3/7 odprowadzeń | TAK |   |   |
| 20 | a. Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie od 15-350 B/min. | TAK |   |   |
| 21 | b. Wzmocnienie sygnału: x0,25; x0,5; x1; x2; x4; auto | TAK |   |   |
| 22 | Stymulacja zewnętrzna nieinwazyjna | TAK |   |   |
| 23 | a. tryby stymulacji: sztywny i na żądanie | TAK |   |   |
| 24 | b. natężenie prądu stymulacji w zakresie min. od 1 do 200 mA | TAK,podać |   |   |
| 25 | c. zakres częstości stymulacji w zakresie min. od 30 do 210 imp/min | TAK,podać |   |   |
| 26 | Pomiar saturacji za pomocą czujnika na palec dla dorosłych  | TAK |   |   |
| 27 | a. Prezentacja wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie | TAK |   |   |
| 28 | Ręczne i automatyczne ustawianie granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów | TAK |   |   |
| 29 | Wbudowana drukarka termiczna | TAK |   |   |
| 30 | Papier do drukarki termicznej o szerokości min. 50 mm - 3 rolki na każdy aparat | TAK |  |   |
| 31 | Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych  | TAK,podać |   |   |
| 32 | Archiwizacja danych: min. 100 pacjentów, min. 72 godzinne trendy, 24 godz. ciągły zapis EKG | TAK |   |   |
| 33 | Eksport danych za pomocą pamięci typu Pendrive | TAK |   |   |
| 34 | Możliwość rozbudowy o transmisję bezprzewodową | TAK |   |   |
| 35 | Możliwość rozbudowy o czujnik monitorowania jakości uciśnięć z wyświetlaniem krzywej głębokości uciśnięć na ekranie  | TAK |   |   |
| 36 | Ładowanie akumulatora od 0 do 100 % pojemności w czasie do 4 godzin | TAK,podać | ≤ 3 godz. – 5 pkt.≤ 4 godz. – 0 pkt. |   |
| 37 | Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci, 10 rolek papieru, 2 kpl. elektrod defibrylacyjnych dla dorosłych. | TAK |   |   |
| 38 | Akumulator litowo-jonowy bez efektu pamięci  | TAK |  |   |
| 39 | Możliwość wymiany akumulatora bez użycia dodatkowych narzędzi | TAK/NIE | Wymiana bez użycia narzędzi – 10 pkt.Z użyciem narzędzi – 0 pkt. |  |
| 40 | Czas pracy na bateriach dla urządzenia min. 300 minut monitorowania | TAK,podać |   |   |
| 41 | Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230 V  | TAK |   |   |
| 42 | Możliwość wykonania min. 300 defibrylacji z energią 200J na w pełni naładowanych akumulatorach | TAK,podać |   |   |
| 43 | Programowanie automatycznie codziennie wykonywanego testów bez włączenia defibrylatora przy zamontowanych akumulatorach i podłączeniu do sieci elektrycznej (pełny test). Możliwość ustawienia wydruku raportu z testu. | TAK |   |   |
| 44 | Uchwyt na ramę łóżka | TAK |   |   |
| 45 | Masa defibrylatora z akumulatorem i łyżkami max. 7 kg | TAK,podać | ≤ 6kg – 5 pkt.≤ 7kg – 0 pkt. |   |
| 46 | Wózek:  | TAK |   |   |
| 47 | Stelaż z profilu aluminiowego, lakierowanego proszkowo, umożliwiający dowolną regulację umieszczenia szuflady oraz mocowanie wyposażenia dodatkowego. | TAK |   |   |
| 48 | Szuflada , 2 uchwyty do prowadzenia z boku wózka | TAK |   |   |
| 49 | Blat, szuflada i podstawa stalowe, lakierowane proszkowo, blat z pogłębieniem zapobiegającym zsuwaniu się sprzętu. | TAK |   |   |
| 50 | Podstawa wyposażona w koła o średnicy min. 75 mm, w tym min. 2 z blokadą. | TAK |   |   |
| 51 | Wysokość 800 mm +/- 5%, wymiar blatu: dostosowany do wymiarów defibrylatora. | TAK |   |   |
| **II** | **INNE WYMAGANIA** |  |  |  |
| 1 | Autoryzacja producenta na prowadzenie przez Wykonawcę serwisu oferowanego aparatu w Polsce lub umowa z autoryzowanym serwisem (dostarczyć po podpisaniu umowy) | Tak, posiadam i dostarczę po podpisaniu umowy  |   |   |
| 2 | Dostawca wskaże serwis gwarancyjny i pogwarancyjny dostarczonego sprzętu – podać nazwę, adres, tel. fax | TAK,Podać |  |  |
| 3 | Dostarczenie **podczas odbioru oświadczenia** potwierdzającego, że pracownicy serwisu sprzętu medycznego posiadają odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie oraz posiadają imienne certyfikaty wystawione przez producenta ze szkolenia w zakresie obsługi serwisowej przedmiotu umowy | TAK,Załączyć podczas odbioru |  |  |
| 4 | Przeglądy techniczne w terminach wymaganych przez producenta | TAK,podać częstotliwość |  |  |
| **III** | **DODATKOWE INFORMACJE O OFEROWANYM SPRZĘCIE:** |  |  |  |
| 1 | Producent | Tak, podać |   |   |
| 2 | Model\* | Tak, podać |   |   |
| 3 | Nazwa katalogowa\* | Tak, podać |   |   |
| 4 | Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2019 roku | Tak |   |   |

„\*” – uzupełnić w przypadku posiadania przez oferowany sprzęt w/w danych;

Niniejszym oświadczam, iż oferowany sprzęt posiada parametry techniczne określone powyżej.

**Wykonawca zobowiązany jest podać numer strony w ofercie, na której znajduje się potwierdzenie w materiałach informacyjnych punktów: pkt: I ppkt. 6, 8, 11, 17, 24, 25, 36, 39, 40, 42, 45!**

.................................................................
 /podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

....................................... dn., .......................