Załącznik nr 2A

Znak sprawy: **WNP/220/PN/2023**

Wykonawca:

Nazwa: ……………………………………..

Adres: ………………………………………..

**TABELA OCENY TECHNICZNEJ – SPRZĘTU MEDYCZNEGO**

Dla postępowania :

**„ZAKUP AMBULANSU SANITARNEGO Z WYPOSAŻENIEM"**

**DEFIBRYLATOR + ŁADOWARKA**

Oferujemy defibrylator:

Producent …………………………………………………………………………………….

Model ………………………………………………………….……………………………..

Rok produkcji ………………………………….……………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Minimalne parametry sprzętu** | **TAK/NIE\* (określić)** | **Oferowane parametry (opisać)** |
| 1 | Urządzenie zgodne z normą PN EN 60601-2-4 lub równoważne |  |  |
| 2 | Klasa bezpieczeństwa IP minimum IP 44 |  |  |
| 3 | Waga urządzenia z akumulatorami max. 10,0 kg |  |  |
| 5 | Urządzenie z codziennym autotestem realizujący się bez konieczności włączania urządzenia i udziału użytkownika, z automatyczną informacją o konieczności wykonania przeglądu okresowego |  |  |
| 6 | Wewnętrzną pamięć wszystkich rejestrowanych danych, umożliwia wprowadzanie danych identyfikacyjnych pacjentów |  |  |
| 7 | Wbudowana drukarka zasilaną taśmą szer. min. 90 mm |  |  |
| 8 | Ekran kolorowy, odporny na uszkodzenia mechaniczne o przekątnej min. 8” z wyświetlaniem min. 3-kanałowej prezentacji – np. krzywych EKG |  |  |
| 9 | Zasilanie przez dwa umieszczone w dedykowanych gniazdach w obudowie akumulatory (w komplecie dostawy), z funkcją ich automatycznego przełączania  |  |  |
| 10 | W dostawie łącznie 3 akumulatory Li-ION bez tzw. efektu pamięci, ze wskaźnikiem naładowania  |  |  |
| 11 | Czas ciągłego monitorowania na 1 akumulatorze min. 180 min. |  |  |
| 12 | Załączona ładowarka zewnętrzna do akumulatorów pozwalająca na pracę z siecią 230 V i 12V DC, z min. 2 stanowiskami ładowania akumulatorów defibrylatora, z możliwością trwałego montażu w ambulansie. Przewód zasilający 12 V zakończony wtykiem IP – 34  |  |  |
| 13 | Funkcja defibrylacji dwufazowej 5-360 J (regulacja płynna lub skokowa z min. 20 poziomami wyboru), synchroniczna i asynchroniczna, wyzwalana w trybie ręcznym, opcjonalnie AED, z automatycznym wpływem impedancji ciała pacjenta na parametry defibrylacji |  |  |
| 14 | Urządzenie posiada wielorazowego użytku wielofunkcyjne „twarde łyżki” (z regulacją poziomu energii , przyciskami ładowania i wyładowania), jak i możliwość zamiennego użytkowania samoprzylepnych jednorazowych elektrod wielofunkcyjnych  |  |  |
| 15 | Monitorowanie i wydruk 12-odprowadzeniowego EKG z automatyczną interpretacją dokonanego zapisu (uwzględniające wiek i płeć pacjenta). |  |  |
| 16 | Moduł stymulacji przezskórnej z użyciem jednorazowych elektrod wielofunkcyjnych o zakresie energii 0-200 mA, f= 40-150/min., w trybie sztywnym i na żądanie. |  |  |
| 17 | Z modułem NIBP, z ustawianym interwałem czasowym pomiarów. W dostawie standardowy mankiet dla dorosłych, dodatkowo ponadwymiarowy |  |  |
| 18 | Z modułem Sp O2 z prezentacją wizualno-akustyczną cyfrowo lub/i analogowo, z załączonymi końcówkami pomiarowymi (z kompatybilnymi przewodami, gniazdami i wtykami) dla umownych zakresów: dla dorosłych. 3 kompletne czujnik palcowe dla dorosłych (tj. 3x czujnik oraz 3x adapter lub przedłużacz jeśli jest w zestawie. Długość zestawu 2 m-2,4 m.) |  |  |
| 19 | Dostawa musi obejmować: -dedykowaną torbę transportową z 3 zasobnikami na akcesoria oraz uchwyt do transportu urządzenia przy noszach pacjenta-komplet łyżek pediatrycznych lub nakładki pediatryczne mocowane do łyżek twardych dla dorosłych.-przewód do elektrostymulacji przezskórnej-komplet przewodów EKG (p. główny + wiązka p. przedsercowych)-przewody zasilające ładowarkę dedykowane dla 230 V i 12 V DC-3 kpl. samoprzylepnych jednorazowych elektrod wielofunkcyjnych dla dorosłych - uchwyty montażowe dla defibrylatora i ładowarki zewnętrznej do ścian ambulansu |  |  |
| 20 | Dostawa obejmuje:1. Paszport techniczny
2. Dokument udzielonej gwarancji z wpisanym nr seryjnym urządzenia
3. Instrukcję w języku polskim
 |  |  |
| 21 | Gwarancja **min. 24 miesiące**, licząc od dnia dostawy przedmiotu zamówienia Zamawiającemu, na cały defibrylator w powyższej konfiguracji Gwarancja obejmuje m.in:- bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji zgodnie z wymogami określonymi przez producenta, bez dodatkowego wzywania ze strony Zamawiającego,- przeglądy techniczne i konserwację tj. czynności, których zakres określają zalecenia producenta sprzętu, polegających na sprawdzeniu poprawności działania urządzenia, przeprowadzeniu koniecznych kalibracji, konserwacji prewencyjnych oraz wymianie części zużywalnych i potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego sprzętu medycznego (zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (Dz.U.2020. poz. 186 t.j. z dnia 2020.02.06) oraz z zachowaniem ciągłości przeglądów),- wymiana / naprawa zgodnie z zapisami umowy,- dojazd serwisu lub przesłanie sprzętu do serwisu, robociznę itp.- inne koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. |  |  |
| 22 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonania czynności związanych z okresową konserwacją, obsługą serwisową, przeglądami gwarancyjnymi |  |  |

**KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE**

Oferujemy krzesełko kardiologiczne:

Producent ……………………………………………………………………………………………….

Model …………………………………………………………….……………………………………..

Rok produkcji …………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Minimalne parametry sprzętu** | **TAK/NIE\* (określić)** | **Oferowane parametry (opisać)** |
| 1 | Składane z blokadą zabezpieczającą przed przypadkowym złożeniem z kompl. 3 pasów bezpieczeństwa |  |  |
| 2 | Elastyczne pokrycie z miękkiego tworzywa sztucznego umożliwiające szybki demontaż/montaż do mycia i dezynfekcji lub krzesełko wyposażone w twarde siedzisko i oparcie wykonane z termoplastycznego tworzywa zamontowane do ramy krzesełka. |  |  |
| 3 | Cztery kółka z tego minimum dwa skrętne, minimum dwa kółka wyposażone w hamulec |  |  |
| 4 | Podparcie nóg dla pacjenta |  |  |
| 5 | Rączki przednie z regulacją ich długości oraz ze składanymi lub uchylnymi rączkami tylnymi |  |  |
| 6 | Wyposażone w blokadę przypadkowego złożenia po0dczas transportu |  |  |
| 7 | Waga poniżej 15 kg |  |  |
| 8 | Ładowność krzesełka co najmniej 150 kg |  |  |
| 9 | Zgodna z normą PN-EN 1865-1+A1 |  |  |
| 10 | Gwarancja min. 2 lata |  |  |

**SSAK ELEKTRYCZNY**

Oferujemy ssak elektryczny:

Producent …………………………………………………………………………………….

Model ………………………………………………………………………………………..

Rok produkcji ………………………………………………….……………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **p.** | **Minimalne parametry sprzętu** | **TAK/NIE\* (określić)** | **Oferowane parametry (opisać)** |
| 1 | Ssak elektryczny, akumulatorowy, przenośny, wyposażony w zintegrowany uchwyt do przenoszenia oraz w wąż silikonowy z zaworkiem |  |  |
| 2 | Oznaczenie zgodności CE |  |  |
| 3 | Ssak wraz z płytą ścienną musi być zgodny z normą PN-EU 1789 w zakresie bezpiecznego montowania w przedziale medycznym |  |  |
| 4 | Przepływ minimalny bez obciążenia 25 litrów/min |  |  |
| 5 | Zakres temperatury pracy: 0 – 40 st C |  |  |
| 6 | Siła ssania regulowana w zakresie 0,1 bar do 0,8 bar |  |  |
| 7 | Słój wielorazowego użytku o pojemności min 1 L przystosowany do dezynfekcji w płynach |  |  |
| 8 | Możliwość wkładów jednorazowych do słoja wielorazowego z przejściówką |  |  |
| 9 | Filtr zabezpieczający przed zanieczyszczeniem pompy |  |  |
| 10 | Waga nie większa niż 6 kg (z pełnym wyposażeniem) |  |  |
| 11 | Ładowarkę z mocowaniem do ściany pojazdu |  |  |
| 12 | Wbudowany akumulator i wskaźnik poziomu naładowania akumulatora z możliwością zasilania i ładowania z instalacji 12V DC i 230V AC |  |  |
| 13 | Zgodny x normą EN 60601-1, EN 60601-1-12 |  |  |
| 14 | Urządzenie zgodne z normą PN-EN ISO 10079-1:2016-02 z możliwością bezpiecznego montażu w pojeździe sanitarnym za pomocą mocowania naściennego. Uchwyt naścienny w komplecie |  |  |
| 15 | Gwarancja min. 2 lata |  |  |

**MATERAC PRÓŻNIOWY PODCIŚNIENIOWY DLA DOROSŁYCH**

Oferujemy materac próżniowy podciśnieniowy dla dorosłych:

Producent ……………………………………………………………………………………………….

Model …………………………….……………………………………………………………………..

Rok produkcji …………………….……………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Minimalne parametry sprzętu** | **TAK/NIE\* (określić)** | **Oferowane parametry (opisać)** |
| 1 | Materac wyposażony w system pasów spinających efektywnie stabilizujących poszkodowanego |  |  |
| 2 | Wykonany z tworzywa sztucznego, ze wzmacniana, dopinana podłogą zabezpieczającą przed rozszczelnieniem, powleczony z obu stron powłoka PCV, tworzywo odporna na działanie płynów fizjologicznych oraz środków do dezynfekcji powierzchni |  |  |
| 3 | Z uchwytami rozmieszczonymi na obwodzie materaca służącymi do przenoszenia (min. 8 uchwytów, preferowane 10) |  |  |
| 4 | Zawór redukujący ciśnienie |  |  |
| 5 | W komplecie:- pompka dwukierunkowa z możliwością nadmuchania i odciągnięcia powietrza lub pompka jednokierunkowa służąca do odpompowania powietrza, w sytuacji gdy wypełnienie materaca powietrzem następuje samoistnie poprzez odkręcenie zaworu- torba transportowa na kompletny zestaw z oznaczeniem |  |  |
| 6 | Przenikalny dla promieni X |  |  |
| 7 | Masa razem z pompką nie przekracza 15 kg |  |  |
| 8 | Ładowność do 150 kg |  |  |
| 9 | Minimalne wymiary materaca: długość 2000mm, szerokość 800 mm |  |  |
| 10 | Zgodny z normą PN-EU 1865-1+A1 |  |  |
| 11 | Gwarancja min. 2 lata |  |  |

**NOSZE PODBIERAJĄCE**

Oferujemy nosze podbierające:

Producent ……………………………………………………………………………………………….

Model ……………………………………….…………………………………………………………..

Rok produkcji ……………….………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Minimalne parametry sprzętu** | **TAK/NIE\* (określić)** | **Oferowane parametry (opisać)** |
| 1 | Podebranie, podniesienie i przełożenie poszkodowanego na nosze główne lub deskę ortopedyczną możliwe przez min 2 osoby |  |  |
| 2 | Wykonane z lekkich stopów lub tworzywa sztucznego, umożliwiającego łatwe czyszczenie i dezynfekcję oraz posiadać maksymalną wagę 11 kg. |  |  |
| 3 | Odporne na korozję |  |  |
| 4 | Maksymalny udźwig 150 kg |  |  |
| 5 | Muszą posiadać regulowaną długoś umożliwiającą dopasowanie długości do wzrostu pacjenta |  |  |
| 6 | Muszą posiadać możliwość złożenia noszy do transportu w pojeździe i zamocowania ich |  |  |
| 7 | Muszą posiadać zamki spinające dwie części podbieraków umieszczone po zewnętrznej stronie ramy noszy |  |  |
| 8 | Zgodne z normą PN-EU 1865-1+A1 |  |  |
| 9 | Minimalne wymiary: wys/szer/głęb (mm) rozłożone 1650 x 400 x 60 |  |  |
| 10 | Gwarancja min. 2 lata |  |  |

**NOSZE MIĘKKIE TYPU PŁACHTOWEGO**

Oferujemy nosze miękkie typu płachtowego:

Producent ……………………………………………………………………………………….

Model ……….…………………………………………………………………………………..

Rok produkcji …………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Minimalne parametry sprzętu** | **TAK/NIE\* (określić)** | **Oferowane parametry (opisać)** |
| 1 | Wykonane ze stabilnej i wytrzymałej mechanicznie miękkiej tkaniny, pokrytej polichlorkiem winylu o wysokich parametrach wytrzymałościowych na rozciąganie i rozrywanie |  |  |
| 2 | Tkanina wzmacniana na brzegach taśmą |  |  |
| 3 | Materiał odporny na płyny fizjologiczne i inne ciecze, łatwy w czyszczeniu, dezynfekcji i myciu |  |  |
| 4 | Minimalna długość 1850 mm, szerokość 740 mm |  |  |
| 5 | Posiadać co najmniej 6 uchwytów do przenoszenia z taśmy ze specjalnymi wzmocnieniami i gumowymi rączkami |  |  |
| 6 | Posiadać kieszeń na nogi przenoszonego pacjenta |  |  |
| 7 | Minimalna nośność noszy 150 kg |  |  |
| 8 | Przepuszczalne dla promieni X |  |  |
| 9 | Posiadać torbę transportową |  |  |
| 10 | Maksymalna waga 5 kg |  |  |
| 11 | Zgodne z normą PN-EU 1865-1+A1 |  |  |
| 12 | Gwarancja min. 2 lata |  |  |

**DESKA ORTOPEDYCZNA DLA DOROSŁYCH Z UNIERUCHOMIENIEM GŁOWY I PASAMI**

Oferujemy deskę ortopedyczną dla dorosłych z unieruchomieniem głowy i pasami:

Producent …………………………………………………………………………………………….

Model ………………………………………………………………………………………………..

Rok produkcji ………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Minimalne parametry sprzętu** | **TAK/NIE\* (określić)** | **Oferowane parametry (opisać)** |
| 1 | Możliwość przenoszenia przez minimum 2 osoby |  |  |
| 2 | Przystosowana do transportu na noszach w środkach ewakuacji medycznej |  |  |
| 3 | Wykonana z gładkiego tworzywa sztucznego, odpornego na smary, nie wchłaniającego płynów, łatwa w utrzymaniu czystości |  |  |
| 4 | Minimum 10 uchwytów (otworów) do przenoszenia rozmieszczonych na obwodzie deski, zdystansowanych od podłoża |  |  |
| 5 | Ścięty koniec od strony nóg |  |  |
| 6 | Wbudowane trzpienie – min 5 po każdej stronie deski do mocowania pasów zabezpieczających |  |  |
| 7 | Przenikliwa dla promieni X w stopniu umożliwiającym diagnostykę RTG |  |  |
| 8 | W komplecie z stabilizatorem klockowym głowy i pasami zabezpieczającymi |  |  |
| 9 | Waga max 8 kg |  |  |
| 10 | Wymiary:- długość w zakresie 1830 – 1980 mm- szerokość w zakresie 400 – 500 mm- nośność min. 150 kg |  |  |
| 11 | Pasy zabezpieczające do deski ortopedycznej:- konstrukcja pasa – dwuczęściowa- możliwość regulacji długości- zapięcia pasów w postaci metalowego szybkozłącza- mocowanie pasa do deski za pomocą metalowych, obrotowych karabińczyków- kodowanie pasów kolorami- minimum 4 sztuki pasów w zestawie |  |  |
| 12 | Unieruchomienie głowy w konfiguracji:- podkładka pod głowę z paskami mocującymi do mocowania w otworach montażowych deski ortopedycznej- minimum 4 uchwyty do pasków mocujących, po każdej stronie podkładki pod głowę- 2 demontowane klocki do stabilizacji bocznej głowy z otworami usznymi |  |  |
| 13 | Zgodne z normą PN-EU 1865-1+A1 |  |  |
| 14 | Gwarancja min. 2 lata |  |  |

**Niniejszy plik powinien zostać opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, lub podpisem zaufanym(**[**gov.pl**](http://gov.pl)**) lub elektronicznym podpisem osobistym(edowód) przez osobę uprawnioną do reprezentacji wykonawcy**