Cz. 6

Przedmiot zamówienia: **SYSTEM KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ - szt. 1**

Producent: ………………………………………………………..

Nazwa-model/typ: ……………………………………………….

Rok produkcji ( fabrycznie nowy z 2019 r. )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametrów urządzenia do automatycznego ucisku klatki piersiowejaparatów do wspomagania RKO | Parametry wymagane |  Parametry ofertowany ( należy wpisać parametry oferowane) | Ocena punktowaMAX. 40 pkt |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **WYMAGANIA TECHNICZNE** |
| 1 | Prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej za pomocą mechanicznego tłoka z ssawką relaksacyjną w trybie 30 ucisków/ 2 oddechy ratownicze oraz możliwość pracy w trybie ciągłym | TAK |  | Nie punktowany |
| 2 | Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja | TAK |  | Nie punktowany |
| 3 | Częstość kompresji zawarta w zakresie 80 – 110 uciśnięć na minutę. | TAK |  | Nie punktowany |
| 4 | Głębokość kompresji: w zakresie 4 - 6 cm | TAK |  | Nie punktowany |
| 5 | Siła kompresji między 530 a 600 N | TAK |  | Nie punktowany |
| 6 | Urządzenie przystosowane do wykonywania kompresji u pacjentów o szerokość klatki piersiowej do 45 cm. | TAK |  | Nie punktowany |
| 7 | Temperatura robocza minimum od 0 do +40°C : | TAK |  | **Tak – 0pkt****Możliwość pracy w temperaturach poniżej 0°C – 10 pkt** |
| 8 | Działanie urządzenia w pełni elektrycznie | TAK |  | Nie punktowany |
| 9 | Źródło zasilania:- akumulator ładowany ze źródła napięcia przemiennego 230 V ~/50 Hz - zasilanie 12 V DC (ze ściany karetki) - zasilanie 230 V AC  | TAK |  | Nie punktowany |
| 10 | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji pacjenta przy zasilaniu z akumulatora przez okres minimum 40 minut oraz z zasilania stacjonarnego bez ograniczeń. | TAK |  | **Czas pracy na akumulatorze do 40minut – 0pkt****Czas pracy na akumulatorze powyżej 40 minut – 10pkt** |
| 11 | Możliwość ładowania akumulatora w urządzeniu (ładowarka wbudowana w urządzenie) lub w ładowarce zewnętrznej. | TAK |  | **Ładowarka wbudowana w urządzenie – 10pkt****Ładowarka zewnętrzna – 0pkt** |
| 12 | Aktywna relaksacja klatki piersiowej za pomocą ssawki. | TAK |  | Nie punktowany |
| 13 | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | TAK |  | Nie punktowany |
| 14 | Wyposażenie aparatu:* 1. Torba przenośna
	2. deska pod plecy
	3. podkładka stabilizująca pod głowę
	4. pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia
	5. akumulator szt.2
	6. elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu ( 12 szt.)
 | TAK |  | Nie punktowany |
| 15 | Waga urządzenia wraz z torbą i akcesoriami :  | TAK |  | **Do 12 kg – 10pkt****Powyżej 12 kg – 0pkt** |
| 16 | Urządzenie fabrycznie nowe, nie demonstracyjne, rok produkcji 2019. | TAK |  | Nie punktowany |
| **II. INNE WYMAGANIA** |
| 17 | Deklaracja Zgodności CE, Certyfikat CE na oferowane urządzenie – załączyć do oferty | TAK |  | Nie punktowany |
| 18 | Folder, zdjęcia wraz z opisem parametrów technicznych – załączyć do oferty | TAK |  | Nie punktowany |
| **III. GWARANCJA / SERWIS** |
| 19 | Okres gwarancji min. 24 miesiące | TAK |  | Nie punktowany |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz paszport techniczny – załączyć do oferty | TAK |  | Nie punktowany |
| 21 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK |  | Nie punktowany |
| 22 | Szkolenie w zakresie obsługi i eksploatacji | TAK |  | Nie punktowany |
| 23 | Przegląd techniczny, bezpłatny w ramach gwarancji, wykonany przez autoryzowany serwis w 12-tym i 24 miesiącu użytkowania aparatu | TAK |  | Nie punktowany |

Powyższe warunki graniczne stanowią wymagania odcinające.

Nie spełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty.

Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania

bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Data…………………………..

Podpis………………………..