**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Dostawa i uruchomienie defibrylatorów – 4 szt.**

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy znaku „=” oznacza wartość wymaganą.
* Brak odpowiedzi w przypadku pozostałych warunków, punktowany będzie jako 0.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.

### Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji 2018) nie jest rekondycjonowany, używany, powystawowy, jest kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

Nazwa i typ: .................................................................

.

Producent: .....................................................................

Kraj produkcji: ...............................................................

Rok produkcji: ..............................................................

Klasa wyrobu medycznego: .........................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Poz. | Opis | Ilość | Cena jednostkowabrutto | Wartość brutto pozycji |
| 1. | Defibrylator w systemie dwufazowym, z możliwością monitorowania i zapisu ekg. wyposażony w rejestrator | 4 szt. | ………………. zł | ………………. zł |

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | PARAMETR | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Defibrylator w systemie dwufazowym, z możliwością monitorowania i zapisu ekg, wyposażony w rejestrator. | tak |  | --- |
|  | Możliwość przenoszenia danych z defibrylatora do komputera. | tak |  | --- |
|  | Tryby pracy- ręczny- AED półautomatyczny - kardiowersja | tak |  | --- |
|  | Kardiostymulacja przezskórna (min. w 2 defibrylatorach) | tak |  | --- |
|  | Zakres energii defibrylacji w trybie ręcznym [J] w zakresie (5-200) | tak, podać |  | największy zakres – 3 pkt, wymagane – 0 pkt,inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Czas ładowania do energii 200 {J}[s] nie dłużej niż 9 s. | tak, podać |  | najkrótszy czas – 3 pkt,wymagane – 0 pkt,inne proporcjonalnie mniej, względem najlepszej wartości |
|  | Komendy głosowe prowadzące proces reanimacji w polskiej wersji językowej  | tak |  | tak |
|  | Akustyczny sygnał gotowości | tak |  | tak |
|  | Optyczny sygnał gotowości | tak |  | tak |
|  | Elektrody zewnętrzne dla dorosłych (łyżki) do każdego defibrylatora, jak również dla dzieci  | tak |  | --- |
|  | Możliwość defibrylacji przy użyciu odpowiednich elektrod samoprzylepnych | tak |  | tak |
|  | Kabel wraz z elektrodami samoprzylepnymi jednorazowego użytku do defibrylacji (1 komplet elektrod dla dorosłych do każdego defibrylatora) | tak |  | --- |
|  | Monitorowanie EKG | tak |  | --- |
|  | Izolowane wzmacniacze dla EKG - klasa CF | tak |  | --- |
|  | Sygnał EKG z elektrod defibrylacyjnych i z elektrod EKG | tak |  | --- |
|  | Zabezpieczenia przed impulsem defibrylacyjnym | tak |  | --- |
|  | Odprowadzenia EKG - minimum: I,II,III | tak |  | --- |
|  | Przewód EKG min. 3-odprowadzeniowy | tak, podać |  | --- |
|  | Wzmocnienie EKG [mm/mV] (5 do 20) | tak |  | --- |
|  | Filtry przeciwzakłóceniowe | tak |  | --- |
|  | Kolorowy ekran | tak |  | --- |
|  | Przekątna ekranu min 5,7[”] | tak |  | --- |
|  | Opisy na ekranie i komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | tak |  | --- |
|  | Zakres pomiaru częstości akcji serca [ilość uderzeń/min] (30-300) | tak, podać |  | --- |
|  | Sygnalizacja akustyczna rytmu | tak |  | --- |
|  | Alarmy przekroczenia granicy górnej i dolnej | tak |  | --- |
|  | Rejestrator typu termicznego | tak |  | --- |
|  | Możliwość stosowania papieru o szerokości min. 50 [mm] | tak |  | --- |
|  | Rejestrowane dane:- data i czas- energia wyładowania- częstość rytmu- odprowadzenie EKG | tak |  | --- |
|  | Zasilanie:- sieciowe ~ 230 [V] 50/60 [Hz] AC- bateryjne | tak |  | --- |
|  | Pojemność baterii:- ilość wyładowań z maksymalną energią – min. 100 | tak, podać |  | --- |
|  | Czas ładowania baterii od 0 do 100 % max. 4 [godz.] | tak, podać |  | najkrótszy czas – 3 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej względem najkrótszego czasu |
|  | Masa całkowita defibrylatora gotowego do pracy, z akumulatorem i łyżkami twardymi 9 [kg] | tak, podać |  | najniższa waga – 3 pkt, wymagana – 0 pkt, inne proporcjonalnie mnie względem najniższej wagi |
|  | Zakres temperatur w miejscu pracy 5-40[°C] | tak |  | tak |
|  | Możliwość przeprowadzenia przez defibrylator codziennego autotestu | tak |  | --- |

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Okres gwarancji [miesiące] | >= 24 |  | najdłuższy okres – 5 pkt,wymagane – 0 pkt,inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dniustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00) | <=2 dni (podać w dniach roboczych) |  | 1 dzień– 5 pkt;2 dni – 0 pkt, |
|  | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 10 dni (dotyczy dni roboczych) | tak |  | --- |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 10 dni od zgłoszenia awarii | tak |  | --- |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta)  | tak, podać ilość |  | --- |
|  | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | podać |  | jeden – 5 pkt, więcej – 0 pkt |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.) | tak |  | --- |
|  | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzeń  | tak |  | --- |
|  | Urządzenia są lub będą pozbawione wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca umowy podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | tak |  | --- |

**POZOSTAŁE WYMAGANIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej (pendrive lub płyta CD) | tak | --- |
|  | Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy | tak | --- |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego. Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny. | tak | --- |