**Urządzenie do kompresji klatki piersiowej - 1 szt.**

##### ZESTAWIENIE PARAMETRÓW

***Uwaga! Szczegółowy opis wypełnienia niniejszego załącznika znajduje się w Rozdz. X, pkt. 2 SIWZ.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Wykonawca/Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji nie starszy niż 2017 r. | Podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY** | PARAMETRY GRANICZNE/ ilość punktów w kryterium oceny parametrów technicznych | Oferowane parametry(podaje Wykonawca) |
|
|  | Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja | Tak |  |
|  | Działanie urządzenia w pełni elektryczne | Tak |  |
|  | Głębokość i częstość kompresji zgodnie z wytycznymi ERCGłębokość – od 5 do 6 cmCzęstość – od 100 do 120 uc./min. | Tak  |  |
|  | Możliwość kompresji klatki piersiowej u „małych dorosłych pacjentów” i „dużych dzieci z głębokością ucisku w granicach 4 – 5 cm | Tak/Nie***Parametr punktowany:***Tak - 10 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | Aktywna dekompresja – wspomaganie odprężenia klatki piersiowej przez ssawkę ( np. podciśnienie podczas ruchu zwrotnego przyśpiesza relaksację ) | Tak/Nie***Parametr punktowany:***Tak - 10 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | Źródło zasilania: - akumulator wewnętrzny - zasilanie ze ściany karetki DC min. 12 – 28 V - zasilanie z gniazda sieci AC min. 210 - 250 V  | Tak  |  |
|  | Czas ładowania akumulatora wewnętrznego max. 120 min. | Tak/Nie***Parametr punktowany:***Tak - 10 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego w urządzeniu podczas jego pracy (wykonywanie RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC lub 12 V DC) | Tak  |   |
|  | Ładowarka wewnątrz urządzenia | Tak |   |
|  | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego : min. 45 min.  | Tak  |   |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | Tak |  |
|  | Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą /plecakiem < 12 kg | Tak |  |
|  | Bezprzewodowa transmisja (bluetooth) danych z pamięci urządzenia o parametrach prowadzonej resuscytacji i jej przebiegu w czasie do komputera | Tak/Nie***Parametr punktowany:***Transmisja bluetooth- 10 pktInne rodzaje transmisji lub jej brak - 0 pkt |  |
|  | Wyposażenie aparatu:* + torba lub plecak
	+ deska pod plecy
	+ podkładka stabilizująca pod głowę
	+ pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia
	+ jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (min. 12 szt.)
	+ akumulator
	+ ładowarka do akumulatorów
 | Tak |  |

***WARUNKI GWARANCJI I SERWISU***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Warunki gwarancji i serwisu** | **Warunek graniczny** | **Oferowane warunki (podaje Wykonawca)** |
| 1 | Pełna obsługa serwisowa napraw oraz przeglądy okresowe - konserwacje (wraz z elementami wymienianymi – nie określanymi w instrukcji obsługi jako elementy zużywalne) w okresie gwarancji dokonywane przez autoryzowany serwis producenta, wliczone w cenę zamówienia bez żadnych limitów np. ilość godzin pracy, itp. | TAK |  |
| 2 | Czas usunięcia usterki/awarii od momentu przyjęcia zgłoszenia | max. 4 dni kalendarzowe |  |
| 3 | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 4 dni kalendarzowe - Wykonawca jest zobowiązany na własny koszt do dostarczenia urządzenia zastępczego - takiego samego typu - na czas trwania naprawy. Zamawiający nie ponosi z tego tytułu ewentualnych dodatkowych kosztów | TAK |  |
| 4 | W przypadku awarii - naprawa w siedzibie Zamawiającego, w przypadku braku możliwości naprawy w siedzibie Zamawiającego wszelkie koszty transportu ponosi Wykonawca | TAK |  |
| 5 | Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas przestoju  | TAK |  |
| 6 | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę tego samego elementu lub podzespołu na nowy: dopuszczamy 2-krotną naprawę, w przypadku 3-ciego uszkodzenia - wymiana elementu lub podzespołu na nowy | TAK |  |
| 7 | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych i wyposażenia | min. 10 lat od daty dostawy  |  |
| 8 | Serwis pogwarancyjny na terenie Polski – wskazać przeznaczony dla Zamawiającego (najbliższy) punkt napraw pogwarancyjnych (adres, telefon, e-mail) | Podać |  |