Załącznik 4 do SWZ

|  |
| --- |
| Formularz oferowanych parametrów technicznych przedmiotu zamówienia – dla Części 1 |

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:** „Zakup wyposażenia medycznego do ambulansu ratunkowego”

**SYMBOL SPRAWY: SZP.221-16.2024**

**ZAMAWIAJĄCY:** Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego z siedzibą w Olsztynie

ulica Pstrowskiego 28B, 10-602 Olsztyn, Polska

|  |  |
| --- | --- |
| WYKONAWCA | |
| **ZAREJESTROWANA NAZWA FIRMY:** |  |
| **ZAREJESTROWANY ADRES FIRMY:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | | **Parametry techniczne dla pompy infuzyjnej** | Wykonawca wpisuje:  **„TAK”**  lub  **„NIE”** | | **Opis oferowanego urządzenia**  (Wykonawca zobowiązuje się do opisania poszczególnych parametrów oferowanych urządzeń z uwzględnieniem wymagań Zamawiającego  w wykropkowanych miejscach) | |
| **PARAMETRY OGÓLNE** | | | | | | |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy. Rok produkcji 2024 | | |  | |  |
|  | Wszystkie komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim | | |  | |  |
|  | Klawiatura numeryczna do wprowadzania wartości parametrów infuzji | | |  | |  |
|  | Strzykawka od góry lub czoła | | |  | |  |
|  | Ciekłokrystaliczny, alfanumeryczny wyświetlacz parametrów infuzji z możliwością wyświetlania naprzemiennie: nazwy leku, dawki, prędkości infuzji, stan naładowania akumulatora, aktualne ciśnienie, stan infuzji | | |  | |  |
|  | Pompa skalibrowana do pracy ze strzykawkami o objętości: 5, 10, 20, 30, 50 ml | | |  | |  |
|  | Możliwość stosowania strzykawek różnych producentów krajowych i zagranicznych, w tym używanych przez Zamawiającego strzykawek firmy Zarys | | |  | |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie strzykawek | | |  | |  |
|  | Programowanie infuzji w jednostkach ml/h | | |  | |  |
|  | Możliwość podania bolusa bez wstrzymywania infuzji | | |  | |  |
|  | Możliwość podglądu zaprogramowanych parametrów infuzji | | |  | |  |
|  | Możliwość zablokowania przycisków klawiatury | | |  | |  |
|  | Programowanie: prędkości, prędkości i objętości, prędkości i czasu, objętości i czasu | | |  | |  |
|  | Możliwość zmiany szybkości infuzji bez konieczności przerywania wlewu | | |  | |  |
|  | Urządzenie posiada deklarację zgodności z normą EN 60601-2-24 lub normą równoważną | | |  | |  |
|  | Automatyczna redukcja bolusa okluzyjnego | | |  | |  |
|  | Pompa musi posiadać system umożliwiający montaż do szyny lub rury pionowej | | |  | |  |
|  | Rozbudowany system alarmów. Pozwala na regulację głośności i wybór typu dźwięku. | | |  | |  |
|  | Biblioteka leków | | |  | |  |
|  | Czas pracy z akumulatora **minimum 15 h przy infuzji 5ml/h** | | |  | |  |
|  | Urządzenie posiada deklarację zgodności z aktualną normą EN1789 lub normą równoważną | | |  | |  |
|  | Produkt musi posiadać deklarację zgodności MDD **lub** deklarację zgodności MDR.  Zaoferowane produkty mają nadany indywidualny numer identyfikacyjny UDI. | | |  | | **Deklaracja zgodności:** |
|  | Pompa wyposażona w kolorowy ekran dotykowy | | |  | |  |
|  | Serwis producenta na terenie Polski | | |  | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | | |  | |  |
|  | Gwarancja **minimum 24 miesiące** | | |  | | **m-cy/ m-ce** |
|  | Bezpłatne szkolenie z obsługi pompy w siedzibie Zamawiającego | | |  | |  |

*Podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym kwalifikowanym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym  
przez osobę upoważnioną / osoby upoważnione  
do reprezentowania Wykonawcy / Wykonawców*