**DT/DM/08/2024**  **Załącznik nr 1 do SWZ**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Formularz parametrów wymaganych / opis oferowanego przedmiotu zamówienia – parametry punktowane   
- formularz cenowy** - **Integralna część Formularza ofertowego.**

**Sprzęt medyczny:**

**I.** **Defibrylator:**

Marka/Typ/Oznaczenie handlowe: ………………………………………………………………………………….

**II. URZĄDZENIE DO DEKOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ**

Marka/Typ/Oznaczenie handlowe: ………………………………………………………………………………….

**TABELA 1 - Specyfikacja techniczna.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **DEFIBRYLATOR: Opis minimalnych wymaganych warunków (parametrów) techniczno – użytkowych.** | | **PARAMETR WYMAGANY.** | **Parametry oferowane/ podać zakresy**  **lub opisać.** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe - rok produkcji minimum 2024. | TAK/podać |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci. | TAK/podać |  |
|  | Ładowanie akumulatorów z sieci 230V AC lub 12V DC – Ładowarka minimum na dwie baterie. | TAK/podać |  |
|  | Czas pracy na jednym akumulatorze – minimum 180 minut monitorowania lub 200 defibrylacji x 200J | TAK/podać |  |
|  | Ciężar defibrylatora poniżej 10 kg | TAK/podać |  |
|  | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. | TAK/podać |  |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna. | TAK/podać |  |
|  | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED. | TAK/podać |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie 2 do 360 J. | TAK/podać |  |
|  | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | TAK/podać |  |
|  | Defibrylacja przez łyżki twarde mocowane w obudowie defibrylatora lub elektrody naklejane, w wyposażeniu łyżki twarde dziecięce. | TAK/podać |  |
|  | Łyżki twarde z regulacją energii i defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający uruchomienie drukowania zapisu EKG. Mocowanie łyżek bezpośrednio w obudowie urządzenia z możliwością wypięcia. | TAK/podać |  |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie.  Częstość stymulacji minimum 40-130 impulsów/minutę | TAK/podać |  |
|  | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie.  Częstość stymulacji minimum 40-170 impulsów/minutę **– parametr punktowany (niewymagany).** | podać |  |
|  | Regulacja prądu stymulacji minimum 0-150 mA. | TAK/podać |  |
|  | Regulacja prądu stymulacji minimum 0-200 mA **– parametr punktowany (niewymagany).** | podać |  |
|  | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń. | TAK/podać |  |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzenio-wego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta. | TAK/podać |  |
|  | Alarmy częstości akcji serca. | TAK/podać |  |
|  | Zakres pomiaru tętna od 20 – 300u/min | TAK/podać |  |
|  | Prezentacja zapisu EKG – minimum trzy kanały na ekranie. | TAK/podać |  |
|  | Wydruk EKG na papierze minimum -70 mm. | TAK/podać |  |
|  | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych. | podać |  |
|  | Transmisja danych przez modem 4G do stacji odbiorczych w istniejącym systemie LifeNet zgodny z systemem Pracowni Hemodynamiki w ośrodkach w USK Opole, PAKS Nysa, PAKS K-Koźle, Scanmed Kluczbork. | TAK/podać |  |
|  | Wyposażony w moduły pomiaru SpO2 w zakresie 50 -100%. Pomiar za pomocą czujnika typu klips dla dorosłych | TAK/podać |  |
|  | Wyposażony w moduł nieinwazyjnego pomiaru stężenia methemoglobiny i karboksyhemoglobiny za pomocą czujnika typu klips dla dorosłych | TAK/podać |  |
|  | Wyposażony w moduł nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia NIBP z mankietem dla dorosłych. | TAK/podać |  |
|  | Wyposażony w moduł pomiaru EtCO2 z zakresem pomiaru minimum od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracją, bez udziału użytkownika. | TAK/podać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł IBP. | TAK/podać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru temperatury. | TAK/podać |  |
|  | Urządzenie przenośne. | TAK/podać |  |
|  | Wyposażenie: torba transportowa + pas do przenoszenia na ramieniu, 2 x akumulator + ładowarka, komplet kabli EKG 12 odprowadzeń, mankiet do pomiaru NIBP dla dorosłych+ przedłużka, modem 4G do teletransmisji EKG w systemie LifeNet, twarde łyżki dla dorosłych i twarde pediatryczne, czujnik do pomiaru SpO2, SpMet, SpCO typu klips dla dorosłych, złącze lub przewód do podłączenia jednorazowych elektrod do defibrylacji, kardiowersji i stymulacji przezskórnej + 2x w/w jednorazowe elektrody dla dorosłych. | TAK/podać |  |
|  | Uchwyt karetkowy defibrylatora certyfikowany (zgodność z normą PN-EN 1789) - dołączyć do oferty. | podać |  |
|  | Instrukcja w języku polskim. | TAK/podać |  |
|  | Deklaracja zgodności lub certyfikat CE – dołączyć do oferty. | TAK/podać |  |
|  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące. | TAK/podać |  |
|  | W okresie udzielonej gwarancji Wykonawca zapewni bez odrębnego wynagrodzenia wszystkie przeglądy wymagane przez producenta/ wytwórcę/ importera/ dystrybutora oraz wymagane przepisami prawa, Odbiór i dostarczenie po przeglądzie na koszt autoryzowanego serwisu. (o ile dotyczy). | TAK/podać |  |
| 1. **URZĄDZENIE DO DEKOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ** | | **PARAMETR WYMAGANY.** | **Parametry oferowane/ podać zakresy** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji minimum 2024. | TAK/podać |  |
|  | Możliwość ładowania akumulatora w urządzeniu (ładowarka wbudowana w urządzeniu) z zasilania 12 V DC i 230 AC. | TAK/podać |  |
|  | Prowadzenie uciśnięć klatki piersiowej za pomocą mechanicznego tłoka lub pasa obwodowego. | TAK/podać |  |
|  | Głębokość ucisku w zakresie od 5 cm do 6 cm zgodnie z wytycznymi ERC. | TAK/podać |  |
|  | Częstość ucisku w zakresie 100-120 u/min. +/- 2 | TAK/podać |  |
|  | Brak ograniczenia przez masę pacjenta. | TAK/podać |  |
|  | Czas ładowania akumulatora w urządzeniu od 0 do 100% max. 120 min. | TAK/podać |  |
|  | Czas pracy na akumulatorze minimum 45 min. | TAK/podać |  |
|  | Ciężar urządzenia gotowego do pracy max.11kg. | TAK/podać |  |
|  | Tryb ucisków: ciągły lub 30:2 / 30 ucisków – 2 wdechy / | TAK/podać |  |
|  | Na panelu: sterowanie pracą urządzenia, Wskaźnik naładowania akumulatora, wyświetlany alarm z sygnalizacją dźwiękową. | TAK/podać |  |
|  | Temperatura pracy 0 do 40 st.C | TAK/podać |  |
|  | Klasa ochronna IP 43. | TAK/podać |  |
|  | Możliwość bezprzewodowej (przez sieć Wi-Fi) transmisji danych z pamięci urządzenia o prowadzonej resuscytacji do komputera PC. | TAK/podać |  |
|  | Zdalna konfiguracja (poprzez sieć Wi-Fi) częstości uciśnięć klatki piersiowej za pomocą tłoka w zakresie 102-111-120 uciśnięć na minutę **– parametr punktowany (niewymagany)** | podać |  |
|  | Zdalna konfiguracja (poprzez sieć Wi-Fi) czasu przeznaczonego na wentylację w zakresie 3-5 sekund **– parametr punktowany (niewymagany)** | podać |  |
|  | Wyposażenie: torba/plecak, zestaw do stabilnego zainstalowania urządzenia (deska pod plecy, zestaw pasów do mocowania rąk pacjenta), przyssawka lub pasy min. szt.2, akumulator szt.1,przwód samochodowy do zasilania 12V DC. Zasilacz/ładowarka 230 AC. | TAK/podać |  |
|  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące. | TAK/podać |  |
|  | Deklaracja zgodności lub certyfikat CE dla urządzenia do kompresji klatki piersiowej– dołączyć do oferty. |  |  |
|  | Wpis do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych na terenie Polski dla urządzenia do kompresji klatki piersiowej – dołączyć do oferty. |  |  |
|  | W okresie udzielonej gwarancji Wykonawca zapewni bez odrębnego wynagrodzenia wszystkie przeglądy wymagane przez producenta/ wytwórcę/ importera/ dystrybutora oraz wymagane przepisami prawa, łącznie z darmowym transportem do i z serwisu (o ile dotyczy). | TAK/podać |  |

**Z załączonej dokumentacji musi w sposób jednoznaczny wynikać, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone przez Zamawiającego.**

**TABELA 2. – Formularz cenowy.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formularz cenowy** | | | | | | | |  |
| L.p | Przedmiot zamówienia  nazwa | Ilość szt. | Cena jednostkowa netto [zł] | Stawka podatku VAT% | Cena jednostkowa brutto [zł] | Wartość netto [zł] | Wartość brutto [zł]  (7= kol.3 x kol.6.) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | DEFIBRYLATOR | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | URZĄDZENIE DO DEKOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ | 3 |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM wartość zamówienia**: | | | | | | |  |  |

Oferujmy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w SWZ za wynagrodzeniem całkowitym (stanowiącym łączną całkowitą wartość umowy):

netto; ………………….PLN tj. słownie: …………………………………………………………………………………………

podatek VAT**\*\*\*\*** ………..

brutto**\*\*\*\***:…....................PLN tj. słownie : …..............................................................................................

**\*\*\*\* *Uwaga: nie dotyczy Wykonawcy zagranicznego tj. wykonawcy nie posiadającego siedziby lub miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Niniejszy plik powinien zostać złożony w formie elektronicznej (podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym) lub złożony w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym, lub podpisem osobistym osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z formą reprezentacji określoną w dokumencie rejestrowym właściwym dla formy organizacyjnej lub innym dokumencie.**