**Załącznik nr 3-7 do SWZ**

**Zamawiający:**

Szpital Specjalistyczny

im. Edmunda Biernackiego

ul. Żeromskiego 22

39-300 Mielec

NIP: 8171750893

REGON: 000308637

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WYMAGANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO PARAMETRÓW**

Nawiązując do ogłoszenia o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na:

**sprzedaż i dostawę aparatury medycznej dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego**

**im. Edmunda Biernackiego w Mielcu,**

**SzS.ZP.261.76.2025**

oferujemy realizację w/w Przedmiotu Zamówienia o poniższych parametrach:

**Grupa 7: Sprzęt treningowy do nauczania RKO - 2 zestawy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane parametry techniczne i funkcjonalne | Parametr wymagany | Odpowiedź „TAK” lub wymagana informacja (wg kolumny „parametr wymagany”) |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2025 roku | TAK  (podać) |  |
|  | Typ/model, producent, kraj | podać |  |
| **Wymagania szczegółowe:** | | | |
|  | W zestawie 3 fantomy do nauki pierwszej pomocy- resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO)  -niemowlę  -dziecko  -dorosły  System posiada wskaźniki świetlne lub monitory informujące o tempie i głębokości wykonywanych ucisków w czasie rzeczywistym. | TAK |  |
|  | Torba transportowa. | TAK |  |
|  | Kamizelka z drogami oddechowymi do nauki pierwszej pomocy przy zadławieniu | TAK |  |
|  | Urządzenie treningowe AED – zewnętrzny defibrylator, który może być użyty z każdym fantomem szkoleniowym  - Minimum 8 zaprogramowanych scenariuszy  - Elektrody szkoleniowe 10 kompletów | TAK |  |
|  | Torba | TAK |  |
|  | **Warunki gwarancji i serwisu:** |  |  |
|  | Przeglądy wg zaleceń producenta w trakcie trwania gwarancji wraz ze wszystkimi częściami i materiałami niezbędnymi do wykonania przeglądu na koszt Wykonawcy. | TAK, podać liczbę wymaganych dla bezpiecznej pracy urządzeń przeglądów okresowych |  |
|  | Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres 10 lat | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z urządzeniem) – wersja elektroniczna i papierowa | TAK |  |

…………………………………..

*(podpis Wykonawcy*

*lub jego uprawnionego przedstawiciela)*