**Załącznik nr 3-8 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 8: 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:** | | | |
|  | Sprzęt treningowy do nauki zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych | TAK |  |
|  | Sprzęt do treningowy do nauki zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych i nauki intubacji :   * możliwość demonstracji rękoczynu Sellicka i symulacji skurczu krtani * możliwość intubacji wieloma różnymi przyrządami * praktyczna nauka oczyszczania niedrożnych dróg oddechowych oraz odsysania treści * możliwość wzrokowej oceny pracy płuc i osłuchiwania dźwięków oddechowych * dołączony model dróg oddechowych dla celów poglądowych * możliwość szkolenia intubacji światłowodowej * możliwość regulacji trudności intubacji * możliwość ograniczenia ruchów szyi, w celu utrudnienia intubacji | TAK |  |
|  | W skład wchodzi :   1. Fantom pełnopostaciowy o realistycznej konstrukcji i zaawansowanych funkcjach odzwierciedlających rzeczywisty obraz pacjenta, stworzony z myślą o personelu lekarskim 2. Akumulator 3. Torba transportowa 4. 3 sprężyny do kompresji 5. Kabel USB 6. Zasilacz 7. Lubrykant | 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)*