|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **System kompresji klatki piersiowej** | **Warunek** | **Potwierdzenie/Opis Wykonawcy** |
| 1 | Typ/Model | Tak/Podać |  |
| 2 | Producent | Tak/Podać |  |
| 3 | Rok produkcji | Tak/Podać |  |
| 4 | Zaoferowany przedmiot zamówienia musi posiadać dopuszczenie do obrotu i do używania zgodnie z ustawą dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) w szczególności:1. spełniać tzw. Wymagania zasadnicze, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia uwzględniającym wymagania prawa wspólnotowego w szczególności w zakresie wytwarzania, opakowania i oznakowania tych wyrobów;
2. posiadać deklarację zgodności dla oferowanego przedmiotu zamówienia;

 c ) oznakowano je znakiem zgodności CE | Tak/Podać |  |
| 5 | Wykaz dostawców części i materiałów – zgodnie z art. 90 ust. 3 Ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |
| 6 | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności – zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. ( Dz. U. z 2019r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |
| **Ogólne parametry techniczne** |
| 1. | Urządzenie przenośne przeznaczone do mechanicznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej | TAK |  |
| 2. | Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja | TAK/Podać |  |
| 3. | Częstość kompresji zawarta w zakresie co najmniej 90 – 110 uciśnięć na minutę osiągalna w przedziale temperatur co najmniej (+ 15°C do + 35°) | TAK/Podać |  |
| 4. | Głębokość kompresji: w zakresie co najmniej w zakresie 4 – 5 cm | TAK/Podać |  |
| 5. | Siła kompresji w zakresie co najmniej 530 a 600 N | TAK/Podać |  |
| 6. | Działanie urządzenia w pełni elektrycznie. | TAK |  |
| 7. | Źródło zasilania: - akumulator ładowany ze źródła napięcia przemiennego 230 V ~/50 Hz- zasilanie 12 V DC (ze ściany karetki)- zasilanie 230 VAC | TAK |  |
| 8. | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora minimum 40 min. oraz dodatkowo w warunkach stacjonarnych bez ograniczeń | TAK |  |
| 9. | Aktywna relaksacja klatki piersiowej za pomocą ssawki. | TAK |  |
| 10. | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | TAK |  |
| 11. | Brak ograniczeń wagowych pacjenta do stosowania urządzenia  | TAK |  |
| 12. | Dopasowanie do rozmiarów klatki piersiowej pacjenta – automatyczne lub ręczne | TAK |  |
| **II. WYPOSAŻENIE URZĄDZENIA** |
| 13. | Wyposażenie aparatu: • Torba przenośna • deska /podkładka pod plecy • podkładka stabilizująca pod głowę • pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia • akumulator • elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu • ładowarka do akumulatora (dodatkowa lub w urządzeniu) | TAK |  |
| 14. | Waga urządzenia wraz z torbą i akcesoriami : poniżej 10 kg | TAK |  |
| **Warunki serwisu** |
| 1 | Okres gwarancji minimum 24 miesięcy | Tak/Podać |  |
| 2 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi okresowe przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu. Ostatni przegląd musi zostać wykonany w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak/Podać |  |
| 3 | Czas reakcji na zgłoszenie usterki nastąpi najpóźniej w następnym dniu roboczym od dnia zgłoszenia. Dni robocze rozumiane są jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| 4 | Czas skutecznej naprawy od momentu zgłoszenia awarii – max. 5 dni roboczych, rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| 5 | Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 10 lat. | Tak/Podać |  |
| 6 | W okresie gwarancji Wykonawca do napraw i przeglądów będzie używał wyłącznie nowych części zamiennych | Tak/Podać |  |
| 7 | Przedłużenie gwarancji o czas niesprawności sprzętu | Tak/Podać |  |
| 8 | Serwis gwarancyjny świadczony będzie przez podmiot autoryzowany przez Producenta, świadczący usługi w miejscu instalacji sprzętu. Komunikacja z serwisem odbywać się będzie w języku polskim | Tak/Podać |  |