



Załącznik nr 1 – Specyfikacja Techniczna Zamówienia

PAKIET nr 3

DEFIBRYLATOR – 1 sztuka

L.p.	Parametry	Parametr wymagany (graniczny)	Parametr oferowany TAK/NIE, podać/ opisać wartości oferowane	Zakres punktacji
I	II	III	IV	V
I. WYMAGANIA OGÓLNE				
1.	Nazwa urządzenia	Tak – podać		Bez punktacji
2.	Model/typ i numer katalogowy	Tak – podać		Bez punktacji
3.	Producent i kraj pochodzenia	Tak – podać		Bez punktacji
4.	Rok produkcji 2017/2018. Wymagane jest zaoferowanie urządzenia fabrycznie nowego (wszystkie elementy składowe fabrycznie nowe).	Tak – podać		Bez punktacji
II. PARAMETRY OGÓLNE				
5.	Zasilanie AC 230 V 50 Hz sieciowo – akumulatorowe (zasilacz wbudowany).	Tak – podać		Bez punktacji
6.	Czas ładowania akumulatorów do pełnej pojemności maksymalnie 5 godzin.	Tak – podać		Bez punktacji
7.	Akumulator bez efektu pamięci.	Tak – podać		Bez punktacji
8.	Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim (opis na panelu i komunikaty ekranowe).	Tak – podać		Bez punktacji
9.	Czas pracy na zasilaniu akumulatorowym.	Tak – podać (ten parametr jest oceniany)		<u>Punktacja:</u> - minimum 120 min lub 40 defibrylacji z maksymalną energią – 0 pkt - 210 min monitorowania lub 140 defibrylacji – 10 pkt
10.	Ciężar.	Tak – podać (ten parametr jest oceniany)		<u>Punktacja:</u> - max do 10 kg razem z łyżkami z kablami i akumulatorem – 0 pkt - max do 6,70 kg razem z łyżkami z kablami i akumulatorem – 10 pkt
11.	Czas ładowania do energii 200 J.	Tak – podać (ten parametr		<u>Punktacja:</u> - <5 sekund do max. 7 sekund – 0 pkt



		jest oceniany)		- <5 sekund – 10 pkt
III. DEFIBRYLACJA				
12.	Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa.	Tak – podać		Bez punktacji
13.	Defibrylacja ręczna i półautomatyczna (komunikaty głosowe w trybie AED w języku polskim).	Tak – podać		Bez punktacji
14.	Wykonywanie kardiowersji.	Tak – podać		Bez punktacji
15.	Energia maksymalna defibrylacji min 360J.	Tak – podać		Bez punktacji
16.	Czas ładowania do energii maksymalnej max 7 sekund.	Tak – podać		Bez punktacji
17.	Automatyczna kompensacja impedancji ciała pacjenta przy defibrylacji z łyżek i elektrod jednorazowych.	Tak – podać		Bez punktacji
18.	Zakres regulacji poziomu energii od 2 do 360 J Min 24 poziomy energii.	Tak – podać		Bez punktacji
19.	Defibrylacja dzieci i dorosłych - zintegrowane łyżki dla dzieci i dorosłych.	Tak – podać		Bez punktacji
20.	Pełna obsługa defibrylacji za pomocą przycisków lub pokręteł na łyżkach (ładowanie, rozładowanie).	Tak – podać		Bez punktacji
21.	Algorytm wykrywający w trybie AED ruch pacjenta.	Tak – podać		Bez punktacji
IV. MONITOROWANIE EKG				
22.	Ekran o przekątnej min 5.5 ″ kolorowy.	Tak – podać		Bez punktacji
23.	Monitorowanie min 3 odprowadzeniami wraz z kpl. kabli.	Tak – podać		Bez punktacji
24.	Min. 5 wartości wzmocnienia sygnału.	Tak – podać		Bez punktacji
25.	Zakres pomiaru częstości pracy serca hr min 20 - 300/min.	Tak – podać		Bez punktacji
V. REJESTRACJA				
26.	Rejestrator EKG na papierze minimum 50 mm.	Tak – podać		Bez punktacji
27.	Szybkość wydruku min 25mm/sek.	Tak – podać		Bez punktacji
28.	Pamięć wewnętrzna epizodów i fragmentów EKG.	Tak – podać		Bez punktacji
29.	Możliwość wprowadzenia do pamięci danych pacjenta oraz nazw wykonywanych procedur i podawanych leków.	Tak – podać		Bez punktacji
VI. STYMULACJA ZEWNĘTRZNA				
30.	Tryb asynchroniczny i „na żądanie”.	Tak – podać		Bez punktacji
31.	Częstotliwości stymulacji w zakresie min 40 -170 imp/min.	Tak – podać		Bez punktacji
32.	Prąd stymulacji w zakresie min 10-140 mA.	Tak – podać		Bez punktacji
33.	W komplecie 3 komplet elektrod pediatrycznych do stymulacji.	Tak – podać		Bez punktacji
VII. POMIAR SATURACJI				



34.	Przedział saturacji: 1 to 100%.	Tak – podać		Bez punktacji
35.	Przedział częstości tętna: 25 do 240 uderzeń na minutę.	Tak – podać		Bez punktacji
36.	Krzywa SpO2 z kontrolą automatycznego wzmocnienia.	Tak – podać		Bez punktacji
VIII. INNE				
37.	Autoryzacja producenta na sprzedaż i serwis urządzeń w Polsce w formie pisemnej i elektronicznej (PDF) na podstawie ustawy z dnia 20 maja 2010 r.	Tak - dołączyć na wezwanie, a wersję elektroniczną (PDF) przekazać podczas dostawy urządzeń		Bez punktacji
IX. WARUNKI SERWISU				
38.	Min. 2 bezpłatne przeglądy techniczne w czasie trwania gwarancji potwierdzone wpisami do paszportów technicznych.	Tak – podać		Bez punktacji
X. WYMAGANY OKRES GWARANCJI DLA CAŁEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*				
39.	Okres gwarancji min. 24 miesiące – maks. 48 miesięcy	Tak – podać		Punktacja – określona w SIWZ w Rozdziale XI

* Wykonawca zobowiązany jest udzielić gwarancji (rękojmi) na cały zaoferowany asortyment w jednej, „sztywnej” ilości miesięcy. Wykonawca na wykonany przedmiot zamówienia udzieli Zamawiającemu co najmniej 24 – miesięcznej gwarancji. Gwarancja (rękojmia) udzielona musi zostać w sposób niepodzielny. Wykonawca zobowiązany jest zaoferować okres gwarancji w pełnych miesiącach (okres gwarancji liczony jest w miesiącach). Okres gwarancji liczony od dnia dokonania odbioru przedmiotu zamówienia. Ewentualna gwarancja zaoferowana powyżej 48 miesięcy zostanie dla porównania i oceny ofert przyjęta i przedstawiona do wzoru jako 48 miesięczna. Okres gwarancji udzielony na ponad 48 miesięcy nie zostanie dodatkowo punktowany.

UWAGA: Parametry wymagane (parametr, wartość graniczna) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wymóg jest następujący – wszystkie parametry techniczne muszą być spełnione łącznie.

Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany sprzęt medyczny jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do podjęcia działalności bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Zainstalujemy dostarczony sprzęt medyczny i przeszkolimy personel medyczny w zakresie jego obsługi, a w razie konieczności przeszkolimy personel techniczny w zakresie obsługi technicznej.

W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii sprzętu medycznego trwającej dłużej niż 3 dni zobowiązujemy się do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii.

Ilość punktów serwisowych w Polsce (przynajmniej jeden punkt):

Czas reakcji serwisowej w okresie gwarancyjnym do 48 godzin w dni robocze. W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 3 dni zobowiązujemy się dostarczyć urządzenie zastępcze o tych samych lub zbliżonych parametrach i funkcjonalności.



Przeglądy techniczne bezpłatne w okresie trwania gwarancji.

_____ dnia _____ r.

*(Podpis osoby uprawnionej do
reprezentowania Wykonawcy)*