*Załącznik nr 1*

......................................

 Pieczęć zamawiającego

Defibrylator 4 szt.

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Rodzaj sprzętu

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Wymogi techniczne i użytkowe stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z w/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2010 Nr 107, poz. 679) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | IP22 |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
|  | Defibrylator AED dwufazowy | TAK |  |
|  | System doradczy: Wyraźne rysunki na panelu przedstawiający postępowanie podczas defibrylacji oraz komendy głosowe w języku polskim | TAK |  |
|  | Defibrylacja dorosłych oraz dzieci | TAK |  |
|  | Energie dla dorosłych min. 150J do 300 J | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany trybu pracy na tryb dziecięcy z ograniczeniem maksymalnej energii defibrylacyjnej do 70J | TAK |  |
|  | Dwufazowa fala defibrylacji z kompensacją impedancji pacjenta | TAK |  |
|  | Tryb pracy: półautomatyczny | TAK |  |
|  | Czas ładowania do pełnej energii < 10 sek. | TAK |  |
|  | Metronom pomagający w prowadzeniu resuscytacji | TAK |  |
|  | Czterostopniowy wskaźnik ilości energii pozostałej w pakiecie baterii. | TAK |  |
|  | Funkcja autotestu: defibrylator samodzielnie włącza się, testuje a następnie wyłącza się. | TAK |  |
|  | W przypadku wykrycia uszkodzenia defibrylatora generenowany jest cykliczny sygnał dźwiękowy oraz cyklicznie zapalana jest lampka serwisowa. | TAK |  |
|  | W dowolnej chwili możliwość sprawdzenia energii pozostałej w akumulatorze bez potrzeby wyciągania pakietu baterii lub podłączania zewnętrznego urządzenia  | TAK |  |
|  | Wymienny pakiet baterii.Wymiana pakietu przez użytkownika bez rozkręcania obudowy i użycia narzędzi | TAK |  |
|  | Możliwość przełączenia urzadzenia na tryb dziecięcy za pomocą przycisku na defibrylatorze. | TAK |  |
|  | W komplecie torba transportowa do defibrylatora | TAK |  |
|  | Zestaw jednorazowych elektrod defibrylacyjnych dla dorosłych z kablem podłączeniowym | TAK |  |
|  | Możliwość zamówienia elektrod dla dzieci | TAK |  |
|  | Gwarancja na nieużywany pakiet baterii 7 lat | TAK |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu | TAK |  |
| 3 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 54 m-cy) | Tak, podać |  |
| 4 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 5 | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach (do … dni roboczych) | Tak, podać |  |
| 6 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy) | Tak, podać |  |
| 7 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

....................................................................................

 data i podpisy