

## OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (część 4 zamówienia)

### Defibrylator

Nazwa producenta: .....

Nazwa i typ: .....

Rok produkcji: nie wcześniej niż 2019 r.

Ilość: 3 szt.

*Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.*

*Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2019), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondukcjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika*

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1.	Urządzenie do monitorowania i defibrylacji	Tak	
2.	Ekran kolorowy typu TFT o przekątnej minimum 7”	Tak	
3.	Możliwość wyświetlania na ekranie 3 krzywych dynamicznych.	Tak	
4.	Wyświetlanie wszystkich monitorowanych parametrów w formie cyfrowej	Tak	
5.	Dwufazowa fala defibrylacji	Tak	
6.	Defibrylacje ręczna w zakresie min. od 1 do 360 J	Tak	
7.	Możliwość wykonania defibrylacji wewnętrznej	Tak	
8.	Czas ładowania do energii maksymalnej 200J do 3 sekund	Tak	
9.	Możliwość wyboru jednego spośród min. 20 poziomów energii defibrylacji	Tak	
10.	Defibrylacja półautomatyczna (AED) z systemem doradczym w języku polskim zgodny z aktualnymi wytycznymi ERC/AHA z 2015 roku	Tak	
11.	Energia defibrylacji w trybie AED min. od 10 do 360 J	Tak	
12.	W trybie AED - programowane przez użytkownika wartości energii dla 1, 2 i 3 defibrylacji z energią od 10 do 360J	Tak	
13.	Możliwość wykonania defibrylacji w trybie AED	Tak	



Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
	za pomocą elektrod jednorazowych		
14.	Dźwiękowe i tekstowe komunikaty w języku polskim prowadzące użytkownika przez proces defibrylacji półautomatycznej	Tak	
15.	Wydzielony na defibrylatorze przycisk rozładowania energii	Tak	
16.	Ustawianie energii defibrylacji, ładowania i wstrząsu na łyżkach defibrylacyjnych	Tak	
17.	Wskaźnik impedancji kontaktu elektrod z ciałem pacjenta na ekranie defibrylatora	Tak	
18.	Możliwość wykonania kardiowersji	Tak	
19.	Monitorowanie EKG min. z 3/7 odprowadzeń	Tak	
20.	Zakres pomiaru częstości akcji serca w zakresie od 15-350 B/min.	Tak	
21.	Wzmocnienie sygnału: x0,25; x0,5; x1; x2; x4; Auto	Tak	
22.	Stymulacja zewnętrzna nieinwazyjna (funkcja stymulacji wymagana jest tylko w 1 szt. defibrylatora)	Tak	
23.	tryby stymulacji: sztywny i na żądanie	Tak	
24.	natężenie prądu stymulacji w zakresie min. od 1 do 200 mA	Tak	
25.	zakres częstości stymulacji w zakresie min. od 30 do 210 imp/min	Tak	
26.	Pomiar saturacji za pomocą czujnika na palec dla dorosłych	Tak	
27.	Prezentacja wartości saturacji oraz krzywej pletyzmograficznej na ekranie	Tak	
28.	Ręczne i automatyczne ustawianie granic alarmowych wszystkich monitorowanych parametrów	Tak	
29.	Wbudowana drukarka termiczna	Tak	



Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
30.	Papier do drukarki o szerokości min. 50 mm	Tak	
31.	Możliwość wydruku w czasie rzeczywistym min. 3 krzywych	Tak	
32.	Archiwizacja danych: min. 100 pacjentów, min. 72 godzinne trendy, 24 godz. ciągły zapis EKG	Tak	
33.	Eksport danych za pomocą pamięci typu Pendrive	Tak	
34.	Możliwość rozbudowy o transmisję bezprzewodową	Tak	
35.	Możliwość rozbudowy o czujnik monitorowania jakości uciśnień z wyświetlaniem krzywej głębokości uciśnień na ekranie	Tak	
36.	Ładowanie akumulatora od 0 do 100 % pojemności w czasie do 4 godzin	Tak	
37.	Urządzenie wyposażone w uniwersalne łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci	Tak	
38.	Akumulator litowo-jonowy bez efektu pamięci z możliwością wymiany bez użycia dodatkowych narzędzi	Tak	
39.	Czas pracy na bateriach dla urządzenia min. 350 minut monitorowania	Tak	
40.	Zasilanie i ładowanie akumulatorów bezpośrednio z sieci napięcia zmiennego 230 V	Tak	
41.	Możliwość wykonania min. 290 defibrylacji z energią 200J na w pełni naładowanych akumulatorach	Tak	
42.	Programowanie automatycznie codziennie wykonywanego testów bez włączenia defibrylatora przy zamontowanych akumulatorach i podłączeniu do sieci elektrycznej (pełny test)	Tak	
43.	Uchwyt na ramę łóżka	Tak	
44.	Masa defibrylatora z akumulatorem i łyżkami max. 6,5 kg	Tak	

Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
1.	Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy)[liczba miesięcy] UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. max. okres gwarancji 5 lat.	Tak	
2.	Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 10 lat.	Tak, podać	
3.	Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień, w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać w pełni sprawnego sprzętu.	Tak	
<b>WARUNKI SERWISU</b>			
4.	W cenie oferty Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia przeglądów przez okres gwarancji w ramach zaoferowanej ceny, liczonych od daty bezusterkowego protokolarnego przekazania sprzętu, przy czym ostatni przegląd powinien odbyć się na miesiąc przed zakończeniem ww. okresu, przeglądy powinny się odbywać zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy	Tak	
5.	Wszystkie czynności serwisowe, w tym podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego	Tak	
6.	Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok	Tak	
7.	Wymiana każdego podzespołu na nowy po dwóch nieskutecznych próbach naprawy, jeżeli podzespół uległ uszkodzeniu po raz trzeci	Tak	
8.	Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii.	Tak	
9.	Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość gwarancji realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności)	Tak, podać	



Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
10.	Sprzęt/y będzie/będą pozbawione hasel, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy	Tak, podać	
<b>SZKOLENIA</b>			
11.	Szkolenie dla personelu medycznego – min. 10 osób i technicznego – min 2 osoby. Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny – 5 osób i technicznego – 1 osoba	Tak, podać	
12.	Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza).	Tak	
13.	Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzenia,	Tak	
14.	Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie). UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta.	Tak	
15.	Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszporty techniczne zawierające co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują).	Tak	
16.	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji.	Tak	
17.	Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	Tak	
18.	Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest ze środków Unii Europejskiej, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia	Tak	

UWAGI: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub kartami katalogowymi oferowanego wyrobu – zgodnie z wymaganiami wskazanymi w SIWZ.

Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie *Parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.