*Załącznik Nr 2 do SIWZ*

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**wymagane parametry techniczne dla sprzętu medycznego**

1. Sprzęt medyczny zaoferowany przez Wykonawcę powinny być fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku 2013 kompletny, wolny od wad prawnych konstrukcyjnych, materiałowych i wykonawczych zgodny z wymaganymi parametrami podanymi w tabeli poniżej.
2. Termin dostawy: max do 70 dni od daty podpisania umowy.
3. Oferowany sprzęt medyczny musi posiadać wymagania opisane w § 3 ust. 4 SIWZ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Wymagane parametry techniczne** | **Oferowane parametry techniczne** (wypełnia Wykonawca) | **Ocena parametrów technicznych**(wypełnia Zamawiający TAK/NIE) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| **PAKIET I.** |
| 1. | **DEFIBRYLATOR TRANSPORTOWY** |
| 1.1. | Defibrylator o parametrach i wyposażeniu: | Marka………………………………………………Model ……………………………………………..Rok produkcji ……………………………………. |  |
| 1.2. | z monitorem  |  |  |
| 1.3. | z rejestratorem ekg  |  |  |
| 1.4. | minitorowanie EKG z 3 i 12 odprowadzeń  |  |  |
| 1.5. | interpretacja słowna zapisu z 12 odprowadzeń z wydrukiem słownym oceny diagnostycznej |  |  |
| 1.6. | zintegrowana drukarka termiczna, szerokość papieru min. 80 mm |  |  |
| 1.7. | łyżki do defibrylacji dzieci i dorosłych |  |  |
| 1.8. | z kardiowersją |  |  |
| 1.9. | pulsoksymetr ( czujnik palcowy dla dorosłych i dla dzieci) |  |  |
| 1.10. | z opcją przeskórnej stymulacji zewnętrznej |  |  |
| 1.11. | zasilanie akumulatorowo – sieciowe (230 V, 12V) |  |  |
| 1.12. | wymienny pakiet akumulatorów mini. 2 kpl. akumulatorów. |  |  |
| 1.13. | posiadający podstawowe akcesoria: system ładowania akumulatorów,  |  |  |
| 1.14. | uchwyt pozwalający na montaż aparatu w karetce |  |  |
| 1.15. | odporny na drgania i wstrząsy |  |  |
| 1.16. | możliwość pracy i przechowywania w różnych warunkach atmosferycznych |  |  |
| 1.17. | teletransmisja danych do kardiologii inwazyjnej pod postacią pakietowej transmisji |  |  |
| 1.18. | firma zapewnia serwis gwarancyjny i pogwarancyjny ( w czasie gwarancji darmowy przegląd) – podać okres gwarancji |  |  |
| 1.19. |  torba ochronna – transportowa na defibrylator i akcesoria. |  |  |
|  | 1.20. | Komunikacja z użytkownikiem w jezyku polskim |  |  |
|  | 1.21. | Spełni jacy normę EN 60601-2-4 lub rówowazną |  |  |
| 2. | **PAKIET II** |
| **RESPIRATOR TRANSPORTOWY** |
| 2.1. | Respirator o parametrach i wyposażeniu: | Marka ………………………………………………Model ………………………………………………Rok produkcji ……………………………………... |  |
| 2.2. | Tryb wentylacji CMV |  |  |
| 2.3. | Tryb wentylacji SIMV |  |  |
| 2.4. | Możliwość wentylacji dorosłych i dzieci (od 5 kg)z dwustopniową zastawką ciśnieniową bezpieczeństwa |  |  |
| 2.5. | niezależna płynna regulacja częstotliwości oddechowej w zakresie 5 do 40 oddechów na minutę |  |  |
| 2.6. | niezależna regulacja objętości oddechowej w zakresie 1 – 20 litrów/min |  |  |
| 2.7. | zawór pacjenta z miejscem na zastawkę PEEP regulowaną w zakresie 0 -20 cm H2O |  |  |
| 2.8. | płynna regulacja ciśnienia szczytowego w drogach oddechowych; |  |  |
| 2.9. | wentylacja 100% tlenem |  |  |
| 2.10. | Mix tlenowy |  |  |
| 2.11. | posiadający parametry eksploatacyjne umożliwiające pracę i przechowywanie w różnych warunkach atmosferycznych, odporny na drgania i wstrząsy, wyposażony w butle tlenową ( 3l tlenu pojemności), z reduktorem z gniazdem szybkozłącza typu AGA, przepływomierzem obrotowym i opakowaniem transportowym na zestaw.  |  |  |
| 2.12. | płyta mocująca respirator na ścianie karetki |  |  |
| 2.13. | powinien być wyposażony w co najmniej 5 alarmów monitorujących wentylację zgodnymi z wymogami Unii Europejskiej wskazujących szczególnie na:* rozłączenie układu,
* niskiego i wysokiego ciśnienia w drogach oddechowych,
* niskiego ciśnienia w układzie zasilania w tlen,
* rozładowanie baterii wspomagających,
 |  |  |
| 2.14. | przewód pacjenta zbrojony, silikonowy z możliwością sterylizacji  |  |  |
| 2.15. | przewód pacjenta jednorazowego użytku, |  |  |
| 2.16. | maska tlenowa dla dorosłych i dzieci |  |  |
| 2.17. | spełniający normę EN 794-3 lub równoważną |  |  |
| 3. | **RESPIRATOR DLA NOWORODKÓW, NIEMOWLĄT i DZIECI DO 20 KG** |
| 3.1. | Respirator o parametrach i wyposażeniu: | Marka ……………………………………………..Model …………………………………………….Rok produkcji ……………………………………. |  |
| 3.2. | przeznaczony do wentylacji noworodków, niemowląt i dzieci do 20 kg |  |  |
| 3.3. | tryb wentylacji: CMMV + PEEP, CMV + ACTIVE PEEP, IMV + CPAP, CPAP |  |  |
| 3.4. | transportowy, z możliwością wentylacji 21% i 100% tlenu, z możliwością monitorowania ciśnienia w drogach oddechowych; |  |  |
| 3.5. | niezależna płynna regulacja czasu wdechu, wydechu i ciśnienia wdechu |  |  |
| 3.6. | umożliwiający oddech samoistny; |  |  |
| 3.7. | system alarmów elektronicznych |  |  |
| 3.8. | regulowana zastawka ciśnieniowa bezpieczeństwa |  |  |
| 3.9. | wskaźniki niskiego ciśnienia gazów zasilających |  |  |
| 3.10. | wbudowany manometr ciśnienia w drogach oddechowych |  |  |
| 3.11. | posiadający parametry eksploatacyjne umożliwiające pracę i przechowywanie w różnych warunkach atmosferycznych, odporny na drgania i wstrząsy, wyposażony w butle tlenową aluminiową (5l tlenu pojemności), z reduktorem z gniazdem szybkozłącza typu AGA, przepływomierzem obrotowym i opakowaniem transportowym na zestaw.  |  |  |
| 3.12. | przewód pacjenta jednorazowy |  |  |
| 3.13. | przewód pacjenta wielorazowy |  |  |
| 3.14. | płyta (kieszeń) mocująca respirator na ścianie karetki |  |  |

**UWAGA:** uzupełniony załącznik nr 2 należy dołączyć do formularz oferty.

 ……………………………. dnia ………2013 roku

……………………………………..

czytelne podpisy osób uprawnionych
 do reprezentowania Wykonawcy