**Załącznik nr 4a do Specyfikacji Warunków Zamówienia**

##### Opis przedmiotu zamówienia – część 1

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa fabrycznie nowych  **urządzeń do kompresji klatki piersiowej,** do stosowania w karetkach pogotowia, oraz przeszkolenie personelu Zamawiającego w zakresie obsługi, eksploatacji i konserwacji przedmiotu zamówienia – jeśli jest wymagane.
2. Wszelkie czynności i prace związane z montażem, oferowanego przez Wykonawcę przedmiotu dostawy, niezbędne do prawidłowego i zgodnego z przeznaczeniem funkcjonowania przedmiotu zamówienia Wykonawca zobowiązany jest uwzględnić w cenie oferty.
3. **Szkolenie personelu:**

Wykonawca zobowiązany jest do przeprowadzenia szkolenia personelu Zamawiającego z zakresu prawidłowej eksploatacji przedmiotu zamówienia.

Wykonawca zobowiązany jest zapewnić niezbędny sprzęt do przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego, jak również materiały eksploatacyjne (tzw. Pakiet rozruchowy – jeśli jest wymagany). Zamawiający ze swojej strony zapewni wyłącznie miejsce do przeprowadzenia szkoleń.

1. **Wymagane parametry przedmiotu zamówienia.**

Niniejszy załącznik wraz z tabelą z parametrami wymaganymi oraz podlegającymi ocenie w ramach kryterium oceny ofert, Wykonawca zobowiązany jest wypełnić i dołączyć do oferty.

Parametry podane w tabelistanowią **minimalne** wymagania graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak wpisu w rubryce **„Parametry oferowane”** zostanie potraktowany jako niespełnienie parametru skutkujące odrzuceniem oferty. Brak wpisu w pozycjach nr 6, 13 i 14 (parametr dodatkowo oceniany), spowoduje, że oferta uzyska 0 pkt w ramach kryterium „parametry techniczne”.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis przedmiotu zamówienia | Parametr wymagany –TAK/ parametr dodatkowo oceniany (TAK/NIE) | Parametr oferowany |
| **I** | **URZĄDZENIE DO MECHANICZNEJ KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ – 2 szt.** | | |
|  | Producent, kraj pochodzenia, nazwa, marka i model urządzenia |  | |
|  | Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej, fabrycznie nowe - rok produkcji **min. 2021 rok.** | podać |  |
| 3. | Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja | Tak |  |
| 4. | Działanie urządzenia w pełni elektryczne | Tak |  |
| 5. | Głębokość i częstotliwość kompresji zgodnie z wytycznymi ERC  Głębokość w zakresie – od 5 do 6 cm  Częstość uciśnięć regulowana manualnie w zakresie od 100 do 120 uc./min. | Tak (opisać) |  |
| 6. | Aktywna dekompresja (relaksacja) – wspomaganie odprężenia klatki piersiowej np.: poprzez ssawkę (podciśnienie podczas ruchu zwrotnego).  **Parametr dodatkowo oceniany** | **TAK – 10 pkt**  **NIE – 0 pkt** |  |
| 7. | Źródło zasilania:  - akumulator wewnętrzny i  - zasilanie z instalacji elektrycznej ambulansu DC 12 V i  - zasilanie z gniazda sieci AC min. 210 - 250 V | Tak |  |
| 8. | Możliwość automatycznego doładowywania akumulatora wewnętrznego podczas pracy urządzenia (RKO) z zewnętrznego źródła zasilania (230 V AC lub 12 V DC) | Tak |  |
| 9. | Ładowarka wbudowana wewnątrz urządzenia | Tak |  |
| 10. | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora wewnętrznego: min. 40 min. | Tak |  |
| 11. | Możliwość wykonania defibrylacji za pomocą tzw. manualnych łyżek defibrylacyjnych bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | Tak |  |
| 12. | Waga kompletnego urządzenia z akcesoriami i torbą lub plecakiem < 12 kg | Tak |  |
| 13. | Funkcja bezprzewodowej (nie pendrive, nie karta pamięci) automatycznej transmisji danych z wbudowanej pamięci, obejmującej raportowanie parametrów zakończonej resuscytacji tj. godzina włączenia, czas pracy, ilość wykonanych przerw, ich długość oraz głębokość i prędkość uciśnięć. Dane przesyłane automatycznie i bezpośrednio z urządzenia na konfigurowalne adresy na e-mail np.: dyrektora medycznego lub/i koordynatora medycznego pogotowia.  **Parametr dodatkowo oceniany** | **TAK – 15 pkt**  **NIE – 0 pkt** |  |
| 14. | Bezprzewodowa (nie pendrive, nie karta pamięci) zdalna konfiguracja parametrów pracy urządzenia/urządzeń za pomocą komputera, tabletu, telefonu np.: Dyrektora medycznego lub/i koordynatora medycznego.  **Parametr dodatkowo oceniany** | **TAK – 15 pkt**  **NIE – 0 pkt** |  |
| 15. | Wyposażenie urządzenia:   * + torba lub plecak   + deska / podkładka pod plecy   + pasy do mocowania rąk pacjenta   + jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (min. 2 szt.)   + akumulator   + zasilacz sieciowy AC 210 - 250 V   + przewód zasilający do ambulansu DC 12 V   + inne (jeśli występują proszę opisać) | Tak |  |
| 16. | Wszystkie dostarczone z urządzeniem akcesoria muszą być wyszczególnione w deklaracji zgodności oraz opisane w instrukcji obsługi urządzenia | Tak |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | Tak |  |
| 18. | Deklaracja zgodności lub certyfikat CE | Tak |  |
| 19. | Oferowane urządzenie spełnia wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych oraz posiada Deklarację Zgodności z Normą PN-EN 1789:2007+A2:2014 lub równoważną, potwierdzającą możliwość przewożenia i pracy urządzenia w ambulansie medycznym | Tak |  |
| 20. | Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony | Tak, Podać |  |
| 21. | Min. jeden przegląd techniczny w okresie trwania gwarancji na koszt dostawcy | Tak, Podać |  |
| 22. | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. | Tak |  |
| 23. | Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej wykonawca zapewni element zastępczy lub urządzenie na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy zamawiającego (dotyczy okresu gwarancyjnego) | Tak |  |
| 24. | Urządzenie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez konieczności dokonywania dodatkowych zakupów | Tak |  |
| 25. | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych min. 8 lat od daty sprzedaży | Tak, podać |  |

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***