Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki Medycznej Zał. 6.1 dla zadania 1 i 4

ul. Wojska Polskiego 57

05-430 Celestynów

|  |
| --- |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  **FANTOM DO RKO:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Producent…………………………………**  **Model………………………………………**  **Rok produkcji…………………………….** | |
| L.p. | **Wymagania Zamawiającego** | **Potwierdzenie minimalnych wymagań lub /Parametry oferowane**  (podać dokładne wartości )  Zalecane jest podanie numeru strony dokumentu potwierdzającego spełnienie wymagania |
| 1. WYMAGANIA OGÓLNE | | |
|  | Model anatomiczny osoby dorosłej uwzględniający budowę anatomiczną ciała  i elementy dróg oddechowych. |  |
| 1. PARAMETRY URZĄDZENIA | | |
|  | Symulowanie tętna na tętnicach szyjnych; |  |
|  | Wentylacja zastępcza; |  |
|  | Prawidłowe i nieprawidłowe udrażnianie dróg oddechowych; |  |
|  | Unoszący się brzuch po wdmuchnięciu powietrza do żołądka; |  |
|  | Podgląd na wskaźnikach prawidłowości wykonywanych czynności (wentylacja  i uciskanie klatki piersiowej); |  |
|  | Wymiary: 80 cm/ 40 cm/30 cm ±5 cm; |  |
|  | Waga maksymalnie 10 kg. |  |

W przypadku, gdy Wykonawca nie poda dokładnej wartości oferowanego parametru, a jedynie zamieści odpowiedź „TAK” lub „min./max.” Zamawiający uzna, że oferowany parametr ma wartość odpowiadającą wartości określonej przez Zamawiającego w kolumnie „Wymagania zamawiającego”.

**Będąc świadomym odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy oświadczam, że wyżej wymienione informacje są zgodne ze stanem faktycznym i parametrami oferowanego produktu.**

………..…………………………… ………………………….

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis)