**Załącznik nr 2**

**Pakiet 5. Defibrylator AED – 2 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2019**

**Do oferty należy załączyć materiały w języku polskim potwierdzające spełnienie poniższych wymagań – z zaznaczeniem w tabeli nr strony na której jest potwierdzony dany parametr, w załączonych materiałach należy zakreślić właściwy fragment i wpisać którego punktu dotyczy.**

Odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” spowoduje odrzucenie oferty

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OCENIANY/ PUNKTACJA | PARAMETR OFEROWANY (podać nr strony w materiałach informacyjnych) |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |  |
|  | **Defibrylator półautomatyczny AED** |  | - |  |
|  | Półautomatyczny, przenośny, dwufazowy defibrylator zewnętrzny AED  | TAK | - |  |
|  | Komendy głosowe w języku polskim i angielskim z możliwością przełączenia opcji językowej przez użytkownika w trakcie prowadzenia akcji ratunkowej | TAK | - |  |
|  | Automatyczna ocena rytmu EKG i analiza impedancji klatki piersiowej, również w trakcie wykonywania uciśnięć, pacjenta dla określenia czy wyładowanie jest zalecane | TAK | - |  |
|  | Zakres energimin. : i 200 – 360J dla osób dorosłych oraz 35 – 90 J dla dzieci  | TAK | - |  |
|  | Możliwość przełączenia w tryb pediatryczny za pomocą przycisku (bez konieczności dodatkowych akcesoriów i elektrod) | TAK | - |  |
|  | Możliwość bezprzewodowego przesyłania zapamiętanych danych poprzez WiFi.  | TAK | - |  |
|  | Metronom i podpowiedź o prawidłowości uciśnięć klatki piersiowej uwzględniająca częstość, głębokości, miejsce uciśnięć klatki piersiowej oraz technikę wykonywania uciśnięć | TAK | - |  |
|  | Głośność urządzenia dostosowywana do warunków otoczenia | TAK | - |  |
|  | Odporność na warunki atmosferyczne min. klasa IP55 | TAK | - |  |
|  | Ciężar max. 2,5 kg | TAK | - |  |
|  | Przydatność elektrod do użycia min. 4 lata  | TAK, podać | - |  |
|  | Trwałość baterii: min. 100 wyładowań z energią maksymalną. Gwarancja baterii min. 4 lata | TAK, podać | - |  |
|  | Pamięć wewnętrzna umożliwiająca automatyczne zapisywanie wszystkich danych EKG i zdarzeń medycznych min. 60 min  | TAK, podać | - |  |
|  | Elektrody uniwersalne – ta sama elektroda dla dorosłych i dzieci | TAK/NIE *(Odpowiedź nie, nie spowoduje odrzucenia oferty)* | - |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą | - |  |
| C | Warunki gwarancji |  |  |  |
|  | Okres udzielonej gwarancji min. 24 miesiące | TAK, podać | 24 m – 0 pkt36 m – 2 pkt.48 m – 4 pkt.60 m – 6pkt.72 m – 8 pkt |  |
| D | Koszty eksploatacji pogwarancyjnej oraz obsługi serwisowej pogwarancyjnej  |
|  | Materiały eksploatacyjne niezbędne do wymiany zgodnie z zaleceniami producenta w przeliczeniu na okres eksploatacji 6 lat – podać łączną cenę brutto | Podać | - |  |
|  | Częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | podać | - |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy | TAK | - |  |
|  | Koszt rocznego, pełnego kontraktu serwisowego (wartość netto, waluta PLN) zawierającego wszystkie koszty (w tym m.in. wszystkie części zamienne i przeglądy),  | TAK, podać | . |  |
|  | Koszt przeglądu technicznego urządzenia wraz z dojazdem do Zamawiającego oraz niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym (wartość netto, waluta PLN) po upływie okresu gwarancyjnego. | TAK, podać | . |  |
|  | Iloczyn częstotliwości przeglądów technicznych wymaganych przez producenta urządzenia i pełnych kosztów przeglądów technicznych (w tym niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym, z wyłączeniem kosztów dojazdu) w przeliczeniu dla 6 lat eksploatacji | TAK, podać | . |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo