

**WOJSKOWY OŚRODEK FARMACJI
I TECHNIKI MEDYCZNEJ**
ul. Wojska Polskiego 57
05-430 Celestynów



**1920-2020
BITWA WARSZAWSKA**

Celestynów, dnia 19.03.2020 r.

Do wszystkich zainteresowanych

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na „Dostawę sprzętu medycznego” – sprawa nr WOFiTM/7/2020/PN

Zamawiający na podstawie art. 38 ust. 4 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843), dokonuje modyfikacji treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia w przedmiotowym postępowaniu.

I. Zmianie ulega załącznik nr 1.3 do SIWZ - Wymagania Eksploatacyjno – Techniczne (WET) w zakresie pkt. 9.

Załącznik 1 na 3 str.

Modyfikację do SIWZ opracowali:

Przewodniczący:

Sekretarz:

Członek

K O M E N D A N T

/-/ cz.p.o. ppłk Grzegorz MOSIĄDZ

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

SPECYFIKACJA TECHNICZNA

URZĄDZENIA DO MECHANICZNEJ KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ

NAZWA HANDLOWA I MODEL PRODUKTU:

.....

PRODUCENT:

ROK PRODUKCJI:

Wymagane parametry techniczne			
Lp.	Produkt musi spełniać następujące wymagania	Czy produkt spełnia wymagania	Parametry oferowanego urządzenia
1	Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej przy prowadzeniu resuscytacji.	TAK/NIE*	
2	Natychmiastowa gotowość do pracy. Dźwiękowa sygnalizacja włączenia i wyłączenia aparatu.	TAK/NIE*	
3	Rytmy pracy: a) tryb ciągły 100 uciśnień na minutę, b) tryb 30:2 z sygnalizacją dźwiękową pauzy do wykonania oddechów ratowniczych, c) możliwość zmiany rytmów pracy wg zmian w wytycznych resuscytacji.	TAK/NIE*	Podać tryby pracy urządzenia
4	Możliwość prowadzenia ucisku klatki piersiowej w czasie transportu na	TAK/NIE*	

	standardowych noszach, koszu oraz płachcie ratowniczej.		
5	Możliwość prowadzenia ucisku klatki piersiowej w różnych płaszczyznach.	TAK/NIE*	
6	Konstrukcja urządzenia minimalizująca ryzyko uszkodzeń mostka i żeber podczas kompresji klatki piersiowej.	TAK/NIE*	
7	Możliwość wykonywania defibrylacji bez zdejmowania urządzenia z pacjenta.	TAK/NIE*	
8	Zasilanie: a) wewnętrzne: akumulatorowe, umożliwiające minimum 40 minut ciągłej pracy, b) zewnętrzne: sieciowe 240 V 50 Hz, c) zewnętrzne: zasilanie pokładowe 12-48 V DC.	TAK/NIE*	Podać rodzaje zasilania
9	Akumulator litowo-polimerowy wielokrotnego ładowania. Czas pełnego ładowania kompletu akumulatorów do 100% pojemności do 3 godz. Wskaźnik stanu naładowania akumulatora. Możliwość sprawdzenia stanu naładowania akumulatora bez włączania urządzenia.	TAK/NIE*	Podać czas pełnego ładowania kompletu akumulatorów
10	Płynne przechodzenie z trybu pracy zasilania akumulatorowego na sieciowe i pokładowe. Wskaźnik źródła zasilania: akumulatorowe lub sieciowe/pokładowe.	TAK/NIE*	
11	Masa kompletnego zestawu do 10 kg.	TAK/NIE*	Podać masę kompletnego zestawu w kg
12	Temperatura pracy od -20 st.C do +40 st.C,	TAK/NIE*	Podać zakres temperatury pracy w st.C
13	Prosty i łatwo dostępny panel obsługowy.	TAK/NIE*	
14	Złącze USB do celów serwisowych (dopuszcza się kartę SD).	TAK/NIE*	Podać typ złącz do celów serwisowych:

15	<p>Konfiguracja:</p> <p>a) urządzenie do kompresji klatki piersiowej,</p> <p>b) uchwyt/deska pod plecy pacjenta,</p> <p>c) komplet pasów mocujących o ile wymaga tego konstrukcja urządzenia (dociskających klatkę piersiową oraz na ramiona),</p> <p>d) poduszka polimerowa na stopce tłoka uciskowego o ile wymaga tego konstrukcja urządzenia (kontakt z ciałem pacjenta), dodatkowo zapasowa - 5 szt.,</p> <p>e) akumulator – min. 2 szt</p> <p>f) ładowarka lub ładowarki z niezbędnymi elementami takimi jak np:,(zasilacz sieciowy, zasilacz do ładowarki, kabel zasilania sieciowego (do każdej ładowarki),kabel do zasilania z sieci pokładowej) umożliwiające ładowanie dwóch akumulatorów jednocześnie</p> <p>g) opakowanie do transportu i przechowywania kompletnego zestawu,</p> <p>h) inne integralne elementy zestawu niezbędne do obsługi, transportu i przechowywania,</p> <p>i) instrukcja użytkowania i eksploatacji w języku polskim dostarczona wraz z wyrobem w wersji papierowej i elektronicznej.</p>	TAK/NIE*	Podać konfigurację urządzenia:
----	---	----------	--------------------------------

* zaznaczyć oferowane

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

....., dnia.....

.....

podpis osoby upoważnionej