**PAKIET 1**

# Załącznik nr 2

# ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

**System do regulacji temperatury ciała grzewczy**

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

Kraj pochodzenia: .......................................................

Rok produkcji ......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Parametr / warunek wymagany** | **Parametr wymagany** | **parametr oferowany – podać** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe  | TAK |  |
| 2. | Rozprowadzenie ciepła przy pomocy czynnika ciekłego - wody w specjalnych matach grzewczych  | TAK |  |
| 3. | System bezpieczeństwa na jednostce centralnej pokazujący ilość płynu grzewczego, automatyczny test funkcji i czytelny wyświetlacz na bieżąco informujący użytkownika o prawidłowym działaniu urządzenia. | TAK |  |
| 4 | Możliwość podłączenia  jednej lub dwóch mat jednocześnie grzewczych w różnych kształtach i rozmiarach, zmiana mat bez użycia narzędzi, maty połączone za pomocą szybkozłączek. Szybkozłączki posiadające zawory zabezpieczające przed wyciekiem czynnika płynnego podczas wypięcia mat | TAK |  |
| 5 | Precyzyjna regulacja temperatury z wyświetlaczem elektronicznym co 0,1°C | TAK |  |
| 6 | Temperatura maty grzewczej regulowana w zakresie 35-39°C za pomocą przycisków. Zabezpieczenie w postaci konieczności naciśnięcia min. dwóch przycisków w celu ustawienia temperatury powyżej 38°C | TAK |  |
| 7 | Konstrukcja umożliwiająca postawienie urządzenia na stole lub na mobilnym stojaku.  | TAK |  |
| 8 | Zasilanie 230V, 50/60Hz | TAK |  |
| 9 | Moc urządzenia min. 530W | TAK |  |
| 10 | Pojemność zbiornika min. 0,7l do max 1,4l | TAK |  |
| 11 | Czas rozgrzewania w zakresie 20 do 37°C – 5 do 10 min | TAK |  |
| 1 | Wyłącznik bezpieczeństwa przy temperaturze 41,5°C | TAK |  |
| 13 | Waga nie więcej niż 9,5kg | TAK |  |
| 14 | Wymiary 200x290x330mm +/- 10% | TAK |  |
| 15 | Maty w pełni przezierne dla promieni RTG | TAK |  |
| 16 | Wydajność pompy min 19l/min | TAK |  |
| 17 | Wskaźnik zapełnienia zbiornika urządzenia na przednim panelu | TAK |  |
| 18 | Kontrolka informująca o nieprawidłowościach w przepływie wody | TAK |  |
| 19 | Możliwość podglądu przepływu wody za pomocą okienek weryfikacyjnych – dla każdej z dwóch mat osobno  | TAK |  |
| 20 | Przycisk uruchamiający automatyczny test funkcji całego urządzenia | TAK |  |
| 21 | Uchwyty do przenoszenia wbudowane w górną część urządzenia, min 2 szt | TAK |  |
| 22 | Boczny uchwyt do powieszenia przewodów przyłączeniowych | TAK |  |
| 23 | Przewody o długości min 3m | TAK |  |
| 24 | Wbudowany system informacji o następujących nieprawidłowościach:- alarm o zbyt niskim poziomie wody- alarm o zaniku zasilania- alarm o zbyt dużej różnicy temperatur między ustawioną a osiągniętą- alarm o zbyt niskiej temperaturze urządzeniaMożliwość czasowego uśpienia niektórych ostrzeżeń za pomocą jednego przycisku na min 10 min. | TAK |  |
| 25 | Napełnianie urządzenia za pomocą wlewu w górnej części, odkręcanego bez użycia narzędzi, opróżnianie za pomocą korka spustowego w tylnej ścianie. | TAK |  |
| 26 | Wyposażenie:- Mata grzewcza poliuretanowa o wymiarach 1700x350mm +/-30mm – 1 szt.- Mata grzewcza poliuretanowa o wymiarach 920x350mm +/-30mm – 1 szt.- Przewody połączeniowe zawierające szybkozłączki do podłączenia mat wielorazowych – 1 komplet- Uchwyt mocujący /do zawieszenia na listwie ściennej/ - 1 szt. | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** | TAK |  |
| 27 | Firmowe materiały informacyjnej producenta lub dystrybutora w języku polskim potwierdzające spełnienie parametrów oferowanych wyrobów – dołączyć do ofertyW przypadku wątpliwości co do zaoferowanych parametrów, Zamawiający zastrzega sobie możliwość wezwania oferenta do prezentacji oferowanego wyrobu | TAK |  |
| 28 | Deklaracja zgodności CE – dołączyć do oferty | TAK |  |
| **Warunki gwarancji** |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). |  TAK min 24 miesiące- podać24 miesiące- 0 pkt25-36 miesięcy- 10 pkt37 i więcej miesięcy – 20 pkt podać |  |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | Tak |  |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączając dni wolne ustawowo od pracy. | Tak |  |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | Tak |  |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | Tak |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | Tak |  |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | Tak |  |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | Tak podać |  |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | Tak,podać |  |
| 10. |  Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **Serwis pogwarancyjny** |
| 1 | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | Tak |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie *parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie(sprzęt)spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów
i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych

...............................................................................

 *podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy*

**PAKIET 2**

# ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

Wózek do transportu chorych- sztuk 5

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr / warunek wymagany** | **Parametr wymagany** | **parametr oferowany – podać** |
|  | Wózek do transportu chorych w pomieszczeniach na terenie szpitala | TAK |  |
|  | Konstrukcja wózka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo, odporna na mycie i dezynfekcję szpitalną. Główna konstrukcja łóżka wykonana z profili stalowych o przekroju min. 5x3 cm gwarantujących stabilność konstrukcji i wysokie obciążenie użytkowe. | TAK |  |
|  | Długość całkowita wózka 2100 mm (+/- 50 mm) | TAK |  |
|  | Szerokość całkowita wózka wraz z poręczami bocznymi max 800 mm | TAK |  |
|  | Leże wózka posiada 2 segmenty: stały segment leża oraz ruchomy segment oparcia pleców | TAK |  |
|  | Regulacja segmentu oparcia pleców uzyskiwana przy pomocy sprężyn gazowych | TAK |  |
|  | Regulacja kąta nachylenia segmentu oparcia pleców w zakresie min od 0° do 65°  | TAK |  |
|  | Segmenty leża wypełnione płytą HPL przezierną dla promieni RTG | TAK |  |
|  | Leże wyposażone w krążki odbojowe we wszystkich narożach wózka  | TAK |  |
|  | Uchwyty ze stali nierdzewnej po obu stronach wózka służące do przetaczania  | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości realizowana hydraulicznie przy pomocy dźwigni nożnych dostępnych po obu stronach wózka | TAK |  |
|  | Zakres regulacji wysokości w zakresie min od 580 do 900 mm | TAK |  |
|  | Regulacja pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga realizowana przy pomocy sprężyn gazowych. Dźwignie do regulacji umieszczone po obu stronach wózka | TAK |  |
|  | Regulacja pozycji Trendelenburga min 20°  | TAK |  |
|  | Regulacja pozycji anty- Trendelenburga min 12°  | TAK |  |
|  | Cztery koła jezdne o średnicy 200 mm z bieżnikiem przeciwpoślizgowym, posiadające tworzywową osłoną  | TAK |  |
|  | Centralny system blokowania kół jezdnych wózka **bez blokady** kierunku jazdy przy użyciu dźwigni nożnych od strony nóg pacjenta | TAK |  |
|  | Nośność maksymalna wózka min. 200 kg | TAK |  |
|  | Wyposażenie wózka: | TAK |  |
|  | Składana półka pod aparaturę medyczną | TAK |  |
|  | Poręcze boczne ze stali nierdzewnej, nieposzerzające wymiar gabarytowy wózka, przy głowie pacjenta zbudowane w sposób zabezpieczający przez urazem głowy. | TAK |  |
|  | Wieszak kroplówki ze stali nierdzewnej, posiadający regulację wysokości oraz 4 tworzywowe haczyki | TAK |  |
|  | Materac z pokrowcem ze skaju o grubości 5 cm, wodoszczelny,  | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat ISO 9001 oraz ISO 13485:2012 dla producenta – dołączyć do oferty | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności CE wydana przez producenta – dołączyć do oferty | TAK |  |
|  | Wyrób zgodny z dyrektywą 93/42/EEC – dołączyć do oferty dokument potwierdzający z niezależnej jednostki notyfikowanej  | TAK |  |
|  | Wpis lub zgłoszenie do RWM w Polsce – stosowny dokument dołączyć do oferty | TAK |  |
|  | Firmowe materiały informacyjne producenta lub autoryzowanego dystrybutora w języku polskim potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów oferowanego wyrobu – dołączyć do ofertyW przypadku wątpliwości co do zaoferowanych parametrów, Zamawiający zastrzega sobie możliwość wezwania oferenta do prezentacji oferowanego wyrobu |  |  |

|  |
| --- |
| **Warunki gwarancji** |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). |  TAK min 24 miesiące- podać24 miesiące- 0 pkt25-36 miesięcy- 10 pkt37 i więcej miesięcy – 20 pkt podać |  |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | Tak |  |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączając dni wolne ustawowo od pracy. | Tak |  |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | Tak |  |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | Tak |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | Tak |  |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | Tak |  |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | Tak podać |  |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | Tak,podać |  |
| 10. |  Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **Serwis pogwarancyjny** |
| 1 | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | Tak |  |

**UWAGI:**

**1.Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.**

**2.Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

**3.Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

**…………………………….**

**PAKIET 3**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Ultrasonograf**

**Producent :**

**Model :**

**Rok produkcji :2016/2017 ( Aparat fabrycznie nowy )**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania****graniczne i****oceniane** | **Wartość oferowana****OPISAĆ** |
| **I** | **JEDNOSTKA GŁÓWNA** | **TAK** |  |
| 1 | Zakres częstotliwości pracy [MHz].min.1 – 12 MHz | TAK |  |
| 2 | Technologia cyfrowa. | TAK |  |
| 3 | Aparat stacjonarny, mobilny, o jednomodułowej konstrukcji na kołach. | TAK |  |
| 4 | Ilość niezależnych kanałów. Min 65 000 | TAK |  |
| 5 | Ilość niezależnych gniazd głowic obrazowych przełączanych elektronicznie. Min. 4 | TAK |  |
| 6 | Monitor płaski LCD. | TAK |  |
| 7 | Wielkość ekranu monitora Min. 19 cali | TAK |  |
| 8 | Rozdzielczość monitora. Min. 1280 x 1024 | TAK |  |
| 9 | Monitor zamontowany na ruchomym wysięgniku, regulacje lewo/prawo, pochył | TAK |  |
| 10 | Maksymalna liczba klatek (obrazów) pamięci dynamicznej prezentacji B oraz kolor Doppler. Min 1200 | TAK |  |
| 11 | Waga aparatu. Max 55 kg | TAK |  |
| 12 | Zintegrowany z aparatem system archiwizacji obrazów na dysku twardym z możliwością eksportowania na nośniki przenośne DVD w formatach kompatybilnych z systemem Windows(BMP, ,AVI). Aktywny port USB z przoduaparatu do podłączenia pamięci przenośnej PenDrive | TAK |  |
| 13 | Zintegrowany dysk twardy HDD. Min. 500 GB | TAK |  |
| 14 | Nastawy programowane dla aplikacji i głowic, tzw. „presety”. Min. 30 | TAK |  |
| 15 | Drukarka termiczna (video) czarno – biała. | TAK |  |
| **II** | **Tryb 2D (B-mode)** | TAK |  |
| 1 | Zakres ustawiania głębokości penetracji. Min.3 cm - 30 cm | TAK |  |
| 2 | Zakres bezstratnego powiększania obrazu rzeczywistego i zamrożonego (tzw. Zoom), a także obrazu z pamięci CINE Min. 6 x | TAK |  |
| 3 | Zakres dynamiki systemu [dB]. Min. 270 dB | TAK |  |
| 4 | Częstotliwość odświeżania obrazu „frame rate” [Obrazy/sek.]. Min 1100 Obr/sek. | TAK |  |
| 5 | Tryb pracy dynamicznego wzmacniania kontrastu tkanek i redukcji artefaktów. Regulacja wzmocnienia poziomego Gain 2D za pomocą 8 potencjometrów suwakowych, regulacjawzmocnienia pionowego Gain 2D minimum 2 strefy wzmocnienia | TAK |  |
| 6 | Automatyczna optymalizacja obrazu w trybie 2D, Dopplera kolorowego, dopplera spektralnego w czasie rzeczywistym. | TAKOpcja do rozbudowy |  |
| 7 | Tryba pracy skrzyżowanych ultradźwięków. Np. Crossbeam | TAKOpcja do rozbudowy |  |
| **III** | **Tryb M-mode** | TAK |  |
| **IV** | **Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD)** | TAK |  |
| 1 | maksymalna mierzona prędkość przepływu przy 0° kącie korekcji. Min. 750 cm/s | TAK |  |
| 2 | wielkość bramki Dopplerowskiej Min. od 1 – 28mm | TAK |  |
| 3 | zakres regulacji kąta korekcji bramki Dopplerowskiej Min. +/- 80° | TAK |  |
| 4 | Automatyczny system utrzymywania kąta 60 stopni niezależny od regulowanego kąta korekcji | TAK |  |
| 5 | Korekcja kąta w skokach co jeden stopień w całym zakresie korekcji. | TAK |  |
| **V** | **Tryb spektralny Doppler ci**ą**gły (CWD)** | TAK |  |
| 1 | Sterowany pod kontrolą obrazu z głowicy sektorowej elektronicznej | TAK |  |
| **VI** | **Tryb Doppler Kolorowy (CD)** | TAK |  |
| 1 | Regulacja uchylności pola Dopplera Kolorowego., kąt min +/- 20 stopni | TAK |  |
| **VII** | **Obrazowanie harmoniczne** | TAK |  |
| **VIII** | **Tryb angiologiczny (Doppler mocy)** | TAK |  |
| 1 | Doppler mocy (Power Doppler) kierunkowy. | TAK |  |
|  **IX** | **Tryb Duplex (2D + PWD lub CD)** | **TAK** |  |
| **X** | **Tryb Triplex (2D+PWD+CD)** | TAK |  |
| **XI** | **Tryb obrazowania (2D+2D/CD) w czasie rzeczywistym** | TAK |  |
| **XII** | **Oprogramowanie pomiarowe wraz z pakietem obliczeniowym** | TAK |  |
| 1 | Oprogramowanie aplikacyjne i pomiarowe.- naczyniowe;- transkranialne;- kardiologia- położnicze;- ginekologiczne;- brzuszne;- ortopedyczne | TAK |  |
| 2 | Liczba kursorów pomiarowych. Min. 8 par | TAK |  |
| 3 | Pakiet obliczeń automatycznych dla Dopplera (automatyczny obrys spektrum wraz z analiząwskaźników PI, RI ). | TAK |  |
| **XIII** | Głowica konweksowa do badań brzusznych | **Podać typ****i producenta** |  |
| 1 | Zakres częstotliwości pracy przetwornika Min 2.0 – 5.0 MHz | TAK |  |
| 2 | Kąt pola skanowania Min 65° | TAK |  |
| 3 | Praca w trybie II harmonicznej | TAK |  |
| 4 | Ilość elementów akustycznych min 256 | TAK |  |
| **XIV** | **Głowica liniowa wieloczęstotliwościowa do****badań naczyniowych i narządów****powierzchownych** | **Podać typ****i producenta** |  |
| 1 | Zakres częstotliwości pracy przetwornika Min 4 – 12 MHz | TAK |  |
| 2 | Szerokość obrazowania Max 35 mm | TAK |  |
| 3 | Regulacja uchylności pola Dopplera Kolorowego | TAK |  |
| 4 | Regulacja uchylności pola obrazowania w trybie B | TAK |  |
| 5 | Obrazowanie trapezowe | TAK |  |
| 6 | Praca w trybie II harmonicznej | TAK |  |
| 7 | Ilość elementów akustycznych min. 256 | TAK |  |
| **XV** | **Opcje (rozbudowa systemu możliwa na dzień składania ofert)** |  |  |
| 1 | Głowica sektorowa elektroniczna („Phase Array”) wieloczęstotliwościowa do badańtranskranialnych, kardiologicznych . | Podać typi producenta |  |
| a. | Zakres częstotliwości pracy przetwornika Min 1,0 – 4,0 MHz | TAK |  |
| b. | Kąt pola skanowania (widzenia) Min. 90° | TAK |  |
| c. | Praca w trybie II harmonicznej | TAK |  |
| 2 | Głowica endowaginalna elektroniczna | Podać, typ i producenta |  |
| a. | Zakres częstotliwości pracy przetwornika Min 4.0 – 9.0 MHz | TAK |  |
| b. | Kąt pola skanowania (widzenia) Min. 180° | TAK |  |
| c. | Promień max 11 mm | TAK |  |
| 3 | Głowica endowaginalna elektroniczna 3D/4D | Podać typ i producenta |  |
| a. | Zakres częstotliwości pracy przetwornika min 3.0 – 9.0 MHz | TAK |  |
| b. | Kąt pola skanowania (widzenia) Min. 150° | TAK |  |
| 4 | Głowica konweksowa elektroniczna 3D/4D | Podać typ i producenta |  |
| a. | Zakres częstotliwości pracy przetwornika min 2.0 – 6.0 MHz | TAK |  |
| b. | Kąt pola skanowania (widzenia) Min. 65° | TAK |  |
| c. | Obrazowanie harmoniczne | TAK |  |
| 5 | Głowica liniowa elektroniczna | Podać typ i producenta |  |
| a. | Zakres częstotliwości pracy przetwornika min 5.0 – 12.0 MHz | TAK |  |
| b. | Szerokość penetracji max 40 mm | TAK |  |
| c. | Obrazowanie harmoniczne | TAK |  |
| 6 | Obrazowanie 3D/4D | TAK |  |
| 7 | Anatomiczny M-mode | TAK |  |
| 8 | Oprogramowanie STIC | TAK |  |
| 9 | Elastografia na bazie Strain | TAK |  |
| 10 | Automatyczny pomiar IMT | TAK |  |
| 11 | Oprogramowanie do prób wysiłkowych StressEcho | TAK |  |
| 12 | Obrazowanie panoramiczne | TAK |  |
| 13 | Zaawansowane oprogramowanie do badań 3D. | TAK |  |
| 14 | Oprogramowanie do automatycznego oczyszczenia projekcji objętościowej 3D w celu wyświetlenia twarzy płodu za pomocą jednego przycisku. | TAK |  |
| 15 | Moduł transmisji danych i obrazów w formacie DICOM. Raporty strukturalne. | TAK |  |

|  |
| --- |
| **Warunki gwarancji** |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). |  TAK min 24 miesiące- podać24 miesiące- 0 pkt25-36 miesięcy- 10 pkt37 i więcej miesięcy – 20 pkt podać |  |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | Tak |  |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączając dni wolne ustawowo od pracy. | Tak |  |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | Tak |  |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | Tak |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | Tak |  |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | Tak |  |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | Tak podać |  |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | Tak,podać |  |
| 10. |  Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **Serwis pogwarancyjny** |
| 1 | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | Tak |  |

 ...............................................................................

 *podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy*

**PAKIET 4**

# Załącznik nr 2

# ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

**Defibrylator**

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

Kraj pochodzenia: .......................................................

Rok produkcji: ......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Parametr / warunek wymagany | Parametr wymagany | parametr oferowany – podać |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
| 2 | Fala-dwufazowa obcieta z kompensacją napięcia i czasu-dopasowana do aktualnej impedencji poszkodowanego- ustawialna sekwencja od 150 J do 360 J | TAK |  |
| 3 | Czas ładowania do wstrząsu-dla 200 J do max.9s-dla 360 J do max 15 s- zakres do min. 36 J | TAK |  |
| 4 | Parametry fizyczne wys. 10,7 cm max, szer. 20,3 cm max, głębokość 20,3 cm max, masa z baterią i elektrodami : 2,00 kg max. | TAK |  |
| 5 | Warunki pracy:- Temp. 0 do + 50 st.C min.- temperatura przechowywania - 40 do + 70 st. C( nie dłużej niż tydzień)- ciśnienie 760 do 429 mm Hg ( od 0 do 5000 m npm)- wilgotność względna 10 do 95 % ( bez kondensacji wody)- Ochrona przed wnikaniem wody Ipx4 wg normy IEC 60529/ EN 60529- wstrząsy wg normy MIL –STD-810 E ( 40 g, imp 6-9 ms, ½ sin. W każdej osi)- wibracje wg normy MIL-STD- 810 E ( śmigłowce kat. 6; dla pojazdów kat. 8)- możliwość wykorzystania u dzieci powyżej 25 kg-możliwość przechowywania danych w pamięci EKG na oko. Min. 200 zdarzeń-Wymagany system wykonywania ruchu podczas analizy- urządzenie gotowe do pracy po uruchomieniu | TAK |  |

|  |
| --- |
| **Warunki gwarancji** |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). |  TAK min 24 miesiące- podać24 miesiące- 0 pkt25-36 miesięcy- 10 pkt37 i więcej miesięcy – 20 pkt podać |  |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | Tak |  |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączając dni wolne ustawowo od pracy. | Tak |  |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | Tak |  |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | Tak |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | Tak |  |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | Tak |  |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | Tak podać |  |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | Tak,podać |  |
| 10. |  Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **Serwis pogwarancyjny** |
| 1 | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | Tak |  |

 ..............................................................................

 *podpis i pieczęć uprawnionego przedstawiciela wykonawcy*