**Załącznik nr 1.21. do SWZ**

PARAMETRY TECHNICZNE OFEROWANEGO SPRZĘTU

**CZĘŚĆ NR 21 - TRENAŻER MASYWNYCH KRWOTOKÓW – RĘKA**

**w ilości 1 kpl.**

**Nazwa i typ/model oferowanych: …………………………………………………………….**

**Producent: ……………………………………………………………………………………...**

**Rok produkcji: ………………………………………………………………………………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry techniczne** | **Parametry graniczne (wymagane)** | **Podać/ opisać parametry oferowanego sprzętu** |
|  | Trenażer ramienia do kontroli krwotoku do realistycznego treningu tamowania krwawienia i leczenia urazów ramienia odpowiedni do szkoleń Tactical Combat Casualty Care (TCCC) i Civilian Casualty Care. | TAK |  |
|  | Ramię wyposażone jest w trzy rodzaje ran:   * głęboka rana szarpana lub kłuta (5 cm); * rana postrzałowa dużego kalibru wskroś (GSW); * rana stykowa w okolicy barku.   **PARAMETR PUNKTOWANY** | **TAK – 20 pkt.**  **NIE – 0 pkt.** |  |
|  | Wymiary 90-93 cm.  Waga 2,5-3 kg.  **PARAMETR PUNKTOWANY** | **Wymiary: 93 cm Waga: 3 kg –**  **20 pkt.**  Inne (w zakresie podanym) – 0 pkt. |  |
|  | Zawartość zestawu:   * Ramię z 3 różnymi traumatycznymi ranami. * 3 osłony na rany. * Ręczny system pompy krwi. * Torba do przenoszenia. * Pas do noszenia na ramieniu Trauma Arm. * Zbiornik na krew na 2 litry. * Koncentrat sztucznej krwi 250 ml. * Opaska uciskowa CAT7 TOURNIQUET. * 3 gazy skompresowane HH. | TAK |  |
|  | Krwawienie jest kontrolowane za pomocą ręcznej pompy krwi symulującej pulsacyjny krwotok żylny lub tętniczy. | TAK |  |
|  | Trenażer działa jako samodzielny symulator, ale może być również noszony przez pozoranta w celu zwiększenia realizmu i podczas treningu w terenie za pomocą paska do noszenia torby. | TAK |  |

**UWAGA:**

Warunki wymagalne stanowią wymagania odcinające - nie spełnienie nawet jednego z ww. wymagań, wpisanie odpowiedzi NIE lub brak wpisu w kolumnie „Parametry oferowane” lub podanie nie prawdziwej informacji spowoduje odrzucenie oferty. W przypadku ofert producentów Zamawiający wymaga zaoferowania urządzeń istniejących na rynku. Nie dopuszczalne są oferty, w których Oferent proponuje spełnienie warunków SWZ „na zamówienie”. Zamawiający może żądać przedłożenia oryginalnych folderów producenta lub instrukcji w języku angielskim lub polskim w celu potwierdzenia oferowanych parametrów. W przypadku braku potwierdzenia wartości oferowanych parametrów Zamawiający odrzuca ofertę.

W sytuacjach wątpliwości co do prawdziwości oferowanych parametrów Zamawiający przyjmuje za prawdziwe dane pochodzące z oficjalnych folderów producenta (w postaci drukowanej lub pobranych ze strony internetowych producenta). W przypadkach spornych Zamawiający może żądać prezentacji sprzętu lub u Zamawiającego lub w jednostce służby zdrowia na terenie kraju.

**OŚWIADCZENIE:**

Niniejszym oświadczam, że oferowany powyżej wyspecjalizowane urządzenie jest kompletne i będzie po uruchomieniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

........................................... dn. ........................

*miejscowość*

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

elektroniczny podpis[[1]](#footnote-1) Wykonawcy/ osoby (osób) uprawnionej

do występowania w imieniu Wykonawcy lub podmiotu

udostępniającego zasoby/ osoby (osób) uprawnionej do

występowania w imieniu podmiotu

1. Kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty [↑](#footnote-ref-1)