**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Wymogi w zakresie sprzętu medycznego.**

**Sprzęt medyczny ma spełniać wymogi normy PN-EN 1789**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej pacjentów | | | |
| **model (należy podać) -** | | | |
| **producent (należy podać) -** | | | |
|  | | | |
| **Lp.** | **Parametry** | **TAK/NIE\*** | **Parametr oferowany** |
|  | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
|  | Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej pacjentów |  |  |
|  | Torba transportowa odporna na warunki atmosferyczne |  |  |
|  | Uciskanie klatki piersiowej zgodne z protokołami ERC |  |  |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji bez zdejmowania urządzenia z pacjenta |  |  |
|  | Sygnalizacja odliczania końcowego przed przerwą oddechową |  |  |
|  | Możliwość pracy urządzenia wewnątrz i na zewnątrz pomieszczenia (podać zakres temperatury, wilgotności, ciśnienia) |  |  |
|  | Przycisk wyboru funkcji pracy w rytmie: ciągły i 30 uciśnięć klatki piersiowej z pauzą na dwa oddechy ratownicze |  |  |
|  | Deklaracja zgodności CE |  |  |
|  | Możliwość pracy urządzania podczas transportu pacjenta |  |  |
|  | W przypadku wysłania sprzętu medycznego do serwisu, wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia urządzenia zastępczego |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej  i elektronicznej |  |  |
|  | Gwarancja 24 miesiące na całe urządzenie oraz akumulatory |  |  |
|  | **ZASILANIE** |  |  |
|  | Urządzenie zasilane elektrycznie |  |  |
|  | Zasilacz sieciowy z kablem 230-240 V (zasilacz + kabel) |  |  |
|  | Zasilanie pokładowe 12 V |  |  |
|  | Dwa akumulatory |  |  |
|  | Ładowarka do baterii komplet |  |  |
|  | **Parametry oferowane dodatkowo oceniane** | **tak/nie** | **Waga punktowa parametrów dodatkowo ocenianych** |
|  | Waga kompletnego urządzenia gotowego do pracy nie wyższa niż 5 kg |  | 20 |
|  | Przeglądy okresowe w siedzibie Zamawiającego |  | 10 |
|  | Dodatkowy trzeci akumulator |  | 10 |

*Oświadczam, że podane parametry odpowiadają wymogom SIWZ.*

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

miejscowość i data podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy