Zadanie 2 – zakup sprzętu medycznego na wyposażenie sali operacyjnej ortopedycznej z salą wybudzeń na bloku operacyjnym dla SP ZOZ w Obornikach

Załącznik 2.12 do SIWZ

OPIS I ZESTAWIENIE WARUNKÓW i PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

DEFIBRYLATOR

Pakiet nr 12

Lp.	Opis parametrów	Wymagana wartości	Oferowane parametry (należy wpisać oferowane parametry z kolumny II)
I	II	III	IV
1	1. Nazwa oferowanego urządzenia: 2. Producent/ kraj: 3. Typ/ model: 4. Rok produkcji: 2018	TAK, podać	
2	Zasilanie akumulatorowo - sieciowe	TAK	
3	Zintegrowany zasilacz umożliwiający ciągłą pracę aparatu z sieci prądu zmiennego 230 V/ 50 Hz	TAK	
4	Wymienny akumulator, wskaźnik poziomu naładowania akumulatora na ekranie defibrylatora	TAK	
5	Czas monitorowania z zasilania akumulatorowego min. 90 minut	TAK, podać	
6	Zasilanie całkowicie naładowanego akumulatora pozwalające na minimum 50 defibrylacji z max energią	TAK, podać	
7	Waga aparatu w pełnej gotowości do interwencji z akumulatorem poniżej 8 kg	TAK	
8	Kabel EKG 3- żyłowy umożliwiający monitorowanie 6 odprowadzeń EKG jednocześnie (I, II, III, aVr, Avl, aVf). Możliwość monitorowania odprowadzenia przedsercowego (V) po podłączeniu kabla EKG 5-cio żyłowego.	TAK	
9	Pomiar oddechu z kabla EKG w zakresie min. 5 - 150 oddechów/min. Z prezentacją krzywej oraz z alarmem bezdechu w zakresie min. 5-45s.	TAK, podać	
10	Ekran monitora typu TFT, przekątna ekranu min. 6”	TAK, podać	
11	Wskaźnik częstości akcji serca co najmniej 30 do 300 u/min.	TAK, podać	
12	Regulowane wzmocnienie sygnału EKG w zakresie 0,25/0, 5/1, 0/2, 0/4,0	TAK	
13	Zapamiętywanie w pamięci defibrylatora fali EKG z ostatnich co najmniej 5 godzin monitorowania	TAK	
14	Archiwizacja ostatnich minimum 1000 zdarzeń wraz z datą i czasem wystąpienia z możliwością wydruku zapisu opóźnionego, podsumowań zdarzeń, trendów, wyników testu z archiwum zapisanego na karcie SD.	TAK, podać	
15	Wbudowane alarmy dźwiękowe i wzrokowe, z podziałem na alarmy niskiego, średniego i wysokiego priorytetu.	TAK	
16	Możliwość natychmiastowo wyłączenia wszystkich alarmów za pomocą jednego przycisku/ ikony	TAK	
17	Tryb pauzy dla funkcji alarmu umożliwiający chwilowe wyłączenie alarmów na min. 120 sekund z automatycznym wznowieniem alarmów po czasie	TAK, podać	

Zadanie 2 – zakup sprzętu medycznego na wyposażenie sali operacyjnej ortopedycznej z salą wybudzeń na bloku operacyjnym dla SP ZOZ w Obornikach

18	Wbudowane alarmy częstości rytmu serca z regulacją granic występowania	TAK	
19	Codzienny autotest bez udziału użytkownika w trybie pracy akumulatorowej oraz zasilania zewnętrznego 230 V	TAK	
20	Tryb pracy- ręczny i półautomatyczny	TAK	
21	Niskoenergetyczna dwufazowa fala defibrylacyjna	TAK	
22	Czas ładowania do energii 300J nie dłuższy niż 7 sekund na zasilaniu sieciowym, czas ładowania do energii 300 J nie dłuższy niż 10 sekund na zasilaniu bateryjnym	TAK	
23	Zakres regulacji energii minimum od 1J do 300 J, minimum 15 poziomów energii do defibrylacji zewnętrznej/ kardiowersji	TAK, podać	
24	Pełne sterowanie funkcjami aparatu (wybór energii, ładowanie, wyzwolenie wstrząsu) za pomocą elementów regulacyjnych na płycie czołowej	TAK	
25	Łyżki defibrylacyjne dla dorosłych i dzieci zintegrowane	TAK	
26	Defibrylacja synchroniczna- kardiowersja i asynchroniczna. Możliwość kardiowersji z łyżek stałych	TAK	
27	Rejestrator termiczny drukujący: EKG, BPM, data, godzina, szybkość papieru, dostarczona energia defibrylacji, alarmy, dane personalna pacjenta, etc.	TAK	
28	Możliwość wydruku minimum 15s krzywej EKG z wykorzystaniem minimum 4s sygnału z pamięci urządzenia	TAK, podać	
29	Wydruk automatyczny, na zlecenie ręczne oraz w sytuacji alarmowej	TAK	
30	Funkcja stymulacji zewnętrznej	TAK	
31	Pomiar SpO2 - w wyposażeniu czujnik SpO2 dla dorosłych w technologii Nellcor	TAK	
32	Pomiar NIBP - wyposażeniu wężyk i mankiet dla dorosłych	TAK	
33	Możliwość rozbudowy o pomiar etCO2	TAK	
34	Zabezpieczenie serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym oraz zagwarantowanie dostępności części zamiennych przez minimum 10 lat od daty dostawy	TAK, podać	
35	1. Deklaracja Zgodności, 2. WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych, 3. Folder, ulotka z zaznaczonymi wymaganymi parametrami technicznymi	TAK	
WARUNKI GWARANCJI I SERWISU			
1	Gwarancja min. 36 m-cy – max 48 m-cy	PODAĆ	
2	Bezpłatne przeglądy sprzętu wraz z wymianą zestawów serwisowych zalecanych przez Producenta i wpisem do paszportu. Harmonogram przeglądów winien być ustalany na koniec każdego roku pracy sprzętu.	TAK	

Zadanie 2 – zakup sprzętu medycznego na wyposażenie sali operacyjnej ortopedycznej z salą wybudzeń na bloku operacyjnym dla SP ZOZ w Obornikach

3	Zobowiązanie do bezpłatnej wymiany przedmiotu zamówienia na nowy w okresie gwarancji w przypadku wystąpienia trzech awarii tego samego elementu/podzespołu, których usunięcie związane będzie z wymianą części lub podzespołów. Wykonawca zobowiązuje się przystąpić do naprawy uszkodzonego elementu w czasie nie dłuższym niż 48 godziny od chwili zgłoszenia awarii w dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. W przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych z zagranicy w terminie 7 dni roboczych (rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) od momentu zgłoszenia awarii sprzętu przez Zamawiającego. Gwarancja ulega automatycznemu przedłużeniu o każdy kolejny dzień wyłączenia z użytku. Dokumentem potwierdzającym wyłączenie z użytku jest zgłoszenie awarii. Ponowne wprowadzenie przedmiotu zamówienia do użytku jest dokument odbioru naprawionego sprzętu podpisany przez Zamawiającego	TAK	
4	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat oraz gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat.	TAK	
5	Punkty serwisowe	MIN. 1, podać	
6	Dostawa sprzętu do Zamawiającego. Przeprowadzenie szkolenia personelu w miejscu instalacji w zakresie obsługi urządzenia w cenie oferty.	TAK	
7	Dokumentacja techniczna, instrukcja obsługi, użytkowania w języku polskim.	TAK	

W przypadku, gdy z treści opisu przedmiotu zamówienia wynika, że Zamawiający w opisie przedmiotu zamówienia wskazał znaki towarowe, patenty lub pochodzenie, źródła lub szczególny proces, który charakteryzuje produkty lub usługi dostarczane przez konkretnego wykonawcę, jeżeli mogłoby to doprowadzić do uprzywilejowania lub wyeliminowania niektórych wykonawców lub produktów, Zamawiający przyjmuje w ofercie te przedmioty lub równoważne, zgodnie z art. 29 ust. 3 ustawy Pzp po wcześniejszym porozumieniu się z Zamawiającym.

Oświadczenie 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 (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Zadanie 2 – zakup sprzętu medycznego na wyposażenie sali operacyjnej ortopedycznej z salą wybudzeń na bloku operacyjnym dla SP ZOZ w Obornikach

……
Podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej