

Formularz parametrów wymaganych

DANE OGÓLNE

NAZWA
 TYP/ MODEL.....NR KATALOGOWY.....
 ROK PRODUKCJI.....ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI.....
 KRAJ PRODUKCJI.....WYKONAWCA/PRODUCENT.....

Urządzenie do wspomaganie kompresji klatki piersiowej.

Lp	Parametr wymagany	TAK/NIE*	Parametr oferowany*
1	Prowadzenie uciśnień klatki piersiowej za pomocą mechanicznego tłoka lub pasa obwodowego w trybie 30 ucisków / 2 oddechy ratownicze oraz możliwość pracy w trybie ciągłym	TAK	
2	Cykl pracy urządzenia: 50% kompresja / 50 % dekompresja	TAK	
3	Częstość kompresji zawarta w zakresie od 100 – 120 uciśnień na minutę.	TAK	
4	Głębokość kompresji: w zakresie od 5 - 6 cm dla urządzenia typu tłok lub 20% głębokości klatki piersiowej w przypadku pasa obwodowego	TAK	
5	Urządzenie przystosowane do wykonywania kompresji u pacjentów o szerokość klatki piersiowej 45 cm.	TAK	
6	Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta	TAK	
7	Waga urządzenia gotowego do pracy poniżej 10kg	TAK	
8	Bezprzewodowa (przez sieć WIFI) transmisja danych medycznych z przebiegu RKO do komputerów typu PC z możliwością jednoczesnego powiadomienia (.pdf) wysyłanego automatycznie na dedykowany	TAK -10ptk NIE – 0ptk.	

Załącznik nr 2 do SIWZ nr **SPZOZ/PN/37/2019**

	adres email		
9	Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) częstości uciśnień klatki piersiowej za pomocą tłoka w zakresie 102 - 111 - 120 uciśnień na minutę.	TAK -10ptk NIE – 0ptk.	
10	Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) głębokości uciśnień klatki piersiowej, umożliwiającą dostosowanie głębokości do obowiązujących wytycznych ERC/AHA.	TAK -10ptk NIE – 0ptk.	
11	Zdalna konfiguracja (przez sieć WIFI) czasu przeznaczonego na wentylację w zakresie od 3 do 5 sekund	TAK -10ptk NIE – 0ptk.	
12	Możliwość ładowania akumulatora w urządzeniu (ładowarka wbudowana w urządzenie). Czas ładowania akumulatora od 0 do 100% max. 150 min.	TAK	
13	Wyposażenie aparatu: <ul style="list-style-type: none"> a. Torba/plecak przenośny b. deska pod plecy pacjenta c. podkładka stabilizująca pod głowę pacjenta d. pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia e. akumulator f. 15 elementów do uciskania klatki piersiowej (pasy, przyssawki, lub nakładki na tłok) 	TAK	

....., dnia2019 r.
miejsowość

.....
podpis, pieczęć osoby upoważnionej

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/37/2019

Załącznik nr 2 do SIWZ FORMULARZ CENOWY

Lp.	Nazwa	j.m.	Ilość	Cena jednost netto	Cena jednost brutto	Wartość NETTO (wyrażona w zł)	VAT % (w zł)	Wartość BRUTTO (wyrażona w zł)	Producent/marka, model, typ itp.
1.	Przenośne urządzenie przeznaczone do mechanicznej kompresji klatki piersiowej	szt.	1						
Razem									

....., dnia2019 r.
miejsowość

.....
podpis, pieczęć osoby upoważnionej