

Formularz parametrów wymaganych

DANE OGÓLNE

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

Przenośne urządzenie przeznaczone do mechanicznej kompresji klatki piersiowej dla dorosłych.

Lp	Parametr wymagany	TAK/NIE*	Parametr oferowany*
1	Prowadzenie uciśnień klatki piersiowej za pomocą mechanicznego tłoka z ssawką relaksacyjną lub pasa obwodowego uciskającego klatkę piersiową w trybie 30 ucisków/ 2 oddechy ratownicze oraz możliwość pracy w trybie ciągłym	TAK	
2	Cykl pracy: 50% kompresja / 50 % dekompresja	TAK	
3	Częstość kompresji zawarta w zakresie 80 – 110 uciśnień na minutę.	TAK	
4	Głębokość kompresji w zakresie 4-6 cm , lub 20 % głębokości klatki piersiowej w przypadku pasa obwodowego	TAK	
5	Siła kompresji między 530 a 600 N	TAK	
6	Urządzenie przystosowane do wykonywania kompresji u pacjentów o szerokości klatki piersiowej powyżej 40cm	TAK	
7	Temperatura robocza minimum od 0 do +40°C :	Tak – 0pkt Możliwość pracy w temperaturach poniżej 0°C i/lub powyżej+40°C– 10pkt	
8	Działanie urządzenia w pełni elektrycznie	TAK	
9	Źródło zasilania: - akumulator ładowany ze źródła napięcia przemiennego 230 V ~/50 Hz - zasilanie 12 V DC (ze ściany karetki) - zasilanie 230 V AC	TAK	

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/45/2017

10	Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji pacjenta przy zasilaniu z akumulatora przez okres minimum 40 minut oraz z zasilania stacjonarnego bez ograniczeń.	TAK	
11	Możliwość ładowania akumulatora w urządzeniu (ładowarka wbudowana w urządzenie) lub w ładowarce zewnętrznej.	Ładowarka wbudowana w urządzenie – 10pkt Ładowarka zewnętrzna – 0pkt	
12	Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta	TAK	
13	Wyposażenie aparatu: a. Torba przenośna b. deska pod plecy c. podkładka stabilizująca pod głowę d. pasy do mocowania rąk pacjenta do urządzenia e. akumulator f. elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (pasy obwodowe lub przyssawki) - 20 szt.	TAK	
14	Waga urządzenia wraz z torbą i akcesoriami max 14kg	Do 10 kg – 10pkt Powyżej 10 kg – 0pkt	
15	Urządzenie fabrycznie nowe, nie demonstracyjne, rok produkcji 2017.	TAK	

....., dnia2017 r.
miejsowość

.....
podpis, pieczęć osoby upoważnionej

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/45/2017 FORMULARZ CENOWY

L p.	Nazwa	j.m.	Ilość	Cena jednost netto	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 dla dorosłych	szt.	2					
Razem								

....., dnia2017 r.
 miejscowość

.....
 podpis, pieczęć osoby upoważnionej