**Część 2- WYPOSAŻENIEM AMBULANSU Modyfikacja 05.04.2019**

|  |
| --- |
| **WYPOSAŻENIE AMBULANSU** |
| **L.p.** | **Szczegółowy opis wymaganych parametrów technicznych, funkcjonalnych i użytkowych przedmiotu zamówienia** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany\*** |
| **DANE PODSTAWOWE** |
|  | **Urządzenie do teletransmisji – Defibrylator – 1 szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Urządzenie pełniące funkcje defibrylatora, stymulatora, monitora pacjenta spełniające normę ustawową dla wyrobów medycznych.  | TAK |  |
| Akumulatory |
|  | 1. Bez efektu pamięci
 | TAK |  |
| 1. Możliwość ładowania akumulatorów w defibrylatorze lub ładowarce zewnętrznej
 | TAK |  |
| 1. Czas ładowania akumulatora do 4h
 | TAK |  |
| Defibrylacja/stymulacja |
|  | 1. Możliwość wykonania defibrylacji/kardiowersji energią z zakresu 2 - 200J
 | TAK |  |
| 1. Możliwość defibrylacji dzieci
 | TAK |  |
| 1. Wybór energii wyładowani z przycisku umieszczonego na łyżkach
 | TAK |  |
| 1. Ładowanie kondensatora z przycisku umieszczonego na łyżkach
 | TAK |  |
| 1. Energia defibrylacji dwufazowa
 | TAK |  |
| 1. Możliwość wykonania stymulacji
 | TAK |  |
| 1. Czas ładowania do maksymalnego poziomu energii defibrylacji poniżej 10s
 | TAK |  |
| 1. Możliwość ustawienia stymulacji minimalnie z przedziału 40 – 150 impulsów
 | TAK |  |
| 1. Komplet łyżek twardych w zestawie z możliwością defibrylacji dzieci i dorosłych
 | TAK |  |
| Ekran defibrylatora |
|  | 1. Kolorowy z możliwością ustawienia trybu wysokiego kontrastu do pracy nasłonecznionym terenie
 | TAK |  |
| 1. Przekątna 6,5 cali lub większa
 | TAK |  |
| 1. Wyświetlanie do co najmniej 3 krzywych i parametrów życiowych jednocześnie
 | TAK |  |
| 1. Możliwość wyświetlenia od 3 do 12-stu odprowadzeń EKG jednocześnie
 | TAK |  |
| Funkcja monitorowania |
|  | 1. Możliwość wykonania zapisu 3/4 i 12-sto odprowadzeniowego EKG
 | TAK |  |
| 1. Drukarka termiczna z ustawieniem przesuwu 25 i 50 mm/s z możliwością wydruku co najmniej 3 odprowadzeń jednocześnie
 | TAK |  |
| 1. Możliwość ustawienia wzmocnienia sygnału EKG
 | TAK |  |
| 1. Możliwość wysłania/teletransmisji EKG i parametrów życiowych bez dedykowanych urządzeń do odbioru.
 | TAK |  |
| 1. Monitorowanie SpO2,
 | TAK |  |
| 1. NIBP wywołane ręcznie i możliwość ustawienia interwałów czasowych
 | TAK |  |
| 1. Możliwość monitorowania HR
 | TAK |  |
| 1. Możliwość indywidualnego ustawiania progów alarmów
 | TAK |  |
| 1. Możliwość monitorowania parametrów życiowych
 | TAK |  |
| Akcesoria i wyposażenie |
|  | 1. Uchwyt do zawieszenia na ścianie ambulansu z/lub bez możliwości ładowanie akumulatorów urządzenia
 | TAK |  |
| 1. Mankiety do pomiaru ciśnienia u dzieci i dorosłych,
 | TAK |  |
| 1. Pulsoksymetr z klipsem na przewodzie
 | TAK |  |
| 1. Kabel do 3/4 i 12-sto odprowadzeniowego EKG
 | TAK |  |
| 1. Torby/kieszenie do trzymania akcesoriów
 | TAK |  |
| 1. Kabel do podłączenia elektrod naklejanych na klatkę piersiową pacjenta
 | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | TAK |  |
|  | Gwarancja na minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Dostawca zapewnia usługę transmisji zapisu EKG, z możliwością odczytania na ekranie monitora komputerowego podłączonego do Internetu. | TAK |  |
|  | Dostawca zapewnia utrzymanie możliwości wykonywania teletransmisji EKG, bez żadnych dodatkowych kosztów dla zamawiającego, potrzeby zakupu dodatkowego sprzętu, tworzenia kont, nawiązywania porozumień. | TAK |  |
|  | **Respirator (zestaw) – 1 szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Zasilanie pneumatyczne | TAK |  |
|  | Częstość oddechowa regulowana w zakresie minimum: 9-22 oddechy/min | TAK |  |
|  | Objętość oddechowa regulowana w zakresie minimum: 300-1450 ml | TAK |  |
|  | Tryby wentylacji minimum: 1. Ciągła wentylacja wymuszona (CMV lub IPPV)
 | TAK |  |
|  | Wyposażony w moduł CPAP , w zestawie komplet maseczek dla dorosłych  | TAK |  |
|  | Wbudowany manometr ciśnienia | TAK |  |
|  | Ciśnieniowy zawór bezpieczeństwa | TAK |  |
|  | Alarm dźwiękowy wysokiego ciśnienia | TAK |  |
|  | Wskaźnik niskiego ciśnienia gazu zasilającego. | TAK |  |
|  | Praca w zakresie temperatur minimum -10 ÷ +40°C/ -5 ÷ +40° | TAK |  |
|  | Odporny na wstrząsy, wibracje, upadki | TAK |  |
|  | Możliwość podpięcia zestawu do wykonania inhalacji | TAK/NIE |  |
| Akcesoria, wyposażenie zestawu |
|  | 1. Butla z zaworem, tlenem: pojemność 2,7l
 | TAK |  |
| 1. Reduktor butlowy z szybko złączką AGA
 | TAK |  |
| 1. Zastawka PEEP
 | TAK |  |
| 1. Przewód pacjenta
 | TAK |  |
| 1. Torba na zestaw tlenowy
 | TAK |  |
| 1. Uchwyt do zawieszenia respiratora w karetce
 | TAK |  |
| 1. Przewód ciśnieniowy do respiratorów kompatybilny z w/w respiratorem z szybko złączkami AGA – 1 kpl., umożliwiający podłączenie respiratora do stałego źródła gazu.
 | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | TAK |  |
|  | Gwarancja na minimum 24 miesiące*.*, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa – 1szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Praca ze strzykawkami o pojemnościach od 5 do 60ml | TAK |  |
|  | Duży wyświetlacz graficzny prezentujący szybkość dozowania, objętość, dawkę, rozmiar strzykawki, nazwę leku, stan zasilania oraz ciśnienie infuzji | TAK |  |
|  | Zapis historii infuzji i przegląd rejestru bez konieczności przerywania pracy urządzenia. | TAK |  |
|  | Możliwość zapamiętania minimum 60 nazw leków | TAK |  |
|  | Wizualna i akustyczna sygnalizacja stanów alarmowych | TAK |  |
|  | Min. 5 poziomów ciśnienia okluzji | TAK |  |
|  | Bolus automatyczny i manualny | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe i sieciowe | TAK |  |
|  | Uchwyt do mocowania w ambulansie | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | TAK |  |
|  | Dostawca zapewnia dostawę i montaż pompy infuzyjnej w zabudowie ambulansu, dostosowując się do terminu budowy i dostarczenia ambulansu, bez żadnych dodatkowych kosztów dla zamawiającego. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Nosze podbierakowe aluminiowe – 1szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Nosze umożliwiające podebranie kontuzjowanego pacjenta wprost z podłoża. | TAK |  |
|  | Rama – odporna na korozję, łatwa do czyszczenia i dezynfekcji | TAK |  |
|  | Konstrukcja umożliwiająca na całkowite rozłączenie połówek, z zabezpieczeniem przed przypadkowym rozpięciem. | TAK |  |
|  | Długość regulowana w zakresie minimum: 170 ÷ 200 cm | TAK |  |
|  | Szerokość minimum 40 cm | TAK |  |
|  | 10 uchwytów do przenoszenia na obwodzie noszy | TAK |  |
|  | Nosze składane na pół na czas transportu. | TAK |  |
|  | Nośność: minimum 155 kg | TAK |  |
|  | Ciężar: maksimum 10 kg | TAK |  |
| Akcesoria, wyposażenie |
|  | 1. Trzy pasy bezpieczeństwa
 | TAK |  |
| 1. Mocowanie do ambulansu
 | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji.  | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Krzesełko kardiologiczne – 1szt**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Wyposażone w gąsienicowy system płozowy do zjeżdżania po schodach, z hamulcem regulującym siłę hamowania względem masy pacjenta, gwarantujący bezpieczeństwo pacjenta. | TAK |  |
|  | 4 koła w tym 2 skrętne, | TAK |  |
|  | Możliwość złożenia do transportu w ambulansie, | TAK |  |
|  | Wysuwane rączki przednie, z blokadą położenia | TAK |  |
|  | Podpórka pod stopy pacjenta, | TAK |  |
|  | Udźwig krzesełka minimum 200 kg | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Deska ortopedyczna z unieruchomieniem głowy i pasami mocującymi – 1szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Deska wykonana z tworzywa sztucznego o wysokiej wytrzymałości i trwałości, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji. | TAK |  |
|  | Wymiary: 180 x45 cm (±5cm). | TAK |  |
|  | 14 uchwytów na obwodzie deski o wymiarach zapewniające wygodne przenoszenie nawet w grubych rękawicach. | TAK |  |
| Pasy mocujące pacjenta |
|  | 1. Ilość pasów minimum 4
 | TAK |  |
| 1. Dwuczęściowa konstrukcja każdego pasa
 | TAK |  |
| 1. Regulacja długości każdego pasa po obu stronach klamry
 | TAK |  |
| 1. Zapinanie pasów za pomocą metalowych „szybkozłączy”
 | TAK |  |
| Stabilizator głowy |
|  | 1. System klocków umożliwiający dostęp do tętnicy szyjnej z pasami zabezpieczającymi czoło i brodę
 | TAK |  |
| 1. Mocowanie stabilizatora do deski za pomocą rzepów
 | TAK |  |
|  | Masa deski: maksimum 9 kg | TAK |  |
|  | Nośność: minimum 200 kg | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Deska ortopedyczna pediatryczna – z unieruchomieniem głowy i pasami mocującymi - 1szt**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Zestaw do stabilizacji kręgosłupa dzieci w wieku 2-10 lat | TAK |  |
|  | Wykonany z materiału o wysokiej trwałości i wytrzymałości, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji | TAK |  |
|  | Minimum 4 uchwyty do przenoszenia | TAK |  |
|  | Stabilizator głowy | TAK |  |
|  | Pasy mocujące pacjenta: minimum 4 | TAK |  |
|  | Masa deski: maksimum 4 kg | TAK |  |
|  | Nośność: minimum 40 kg | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Materac próżniowy – 1szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Materac próżniowy do transportu pacjentów z urazami kręgosłupa, miednicy i urazami wielonarządowymi z dopinaną podłogą zabezpieczającą materac w kontakcie z podłożem | TAK |  |
|  | Konstrukcja zapewniająca całkowite unieruchomienie, dopasowanie do ciała pacjenta i uniemożliwiająca załamywanie się materaca podczas przenoszenia pacjenta | TAK |  |
|  | Wymiary minimum 200 x 90cm | TAK |  |
|  | Minimum 6 uchwyty do przenoszenia | TAK |  |
|  | Minimum 4 poprzeczne, zabezpieczające pacjenta pasy | TAK |  |
|  | Materac wykonany z materiału o dużej wytrzymałości i trwałości, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji | TAK |  |
| Akcesoria, elementy zestawu |
|  | 1. Pompka
 | TAK |  |
| 1. Torba na materac
 | TAK |  |
| 1. Zestaw naprawczy
 | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Nosze płachtowe – 1szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Płachta do ręcznego przenoszenia pacjentów. | TAK |  |
|  | Wymiary: minimum 185x70 cm | TAK |  |
|  | Wykonana z materiału o dużej wytrzymałości i trwałości, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji | TAK |  |
|  | Wyposażona w 8 uchwytów do przenoszenia | TAK |  |
|  | Nośność minimum 150 kg | TAK |  |
|  | Pokrowiec na nosze płachtowe w zestawie | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Kamizelka unieruchamiająca typu KED – 1szt**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Kamizelka do transportu chorych z urazami kręgosłupa | TAK |  |
|  | Stabilizacja kręgosłupa z zachowaniem swobodnego dostępu do klatki piersiowej w celu monitorowania i defibrylacji | TAK |  |
|  | Wykonana z materiału o wysokiej trwałości i wytrzymałości, łatwego do czyszczenia i dezynfekcji | TAK |  |
|  | Trzy uchwyty transportowe | TAK |  |
| Wyposażona w pasy: |
|  | 1. 3 pasy piersiowe
 | TAK |  |
| 1. 2 stabilizujące głowę
 | TAK |  |
| 1. 2 biodrowe
 | TAK |  |
|  | W zestawie torba transportowa | TAK |  |
|  | Waga produktu do 3kg |  |  |
|  | Nośność minimum 200kg |  |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące*.*  | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Ssak ręczny–1 szt.** Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Ssak mechaniczny ręczny  | TAK |  |
|  | Podciśnienie minimum 380 mmHg | TAK |  |
|  | Wydajność min: 20 l/min | TAK |  |
|  | Wymienny zbiornik na odsysane wydzieliny | TAK |  |
|  | Zbiornik z możliwością opróżniania | TAK |  |
|  | Cewnik ssący (dla dorosłych) | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowszy, produkt nie poekspozycyjny. | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące*.*  | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Ssak akumulatorowy – 1szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Maksymalna wydajność: nie mniejsza niż 22 L/min / 20 L/min/ | TAK |  |
|  | Podciśnienie: minimum 500mm Hg | TAK |  |
|  | Regulacja siły ssania | TAK |  |
|  | Podświetlane wskaźniki/panel sterowania | TAK |  |
|  | Do użytku ze zbiornikami wielorazowego użytku (sterylizowanymi) | TAK |  |
|  | Uchwyt do przenoszenia ssaka | TAK |  |
|  | Bryzgoszczelna odporna na wstrząsy obudowa | TAK |  |
|  | Głośność: maksimum 70dB | TAK |  |
|  | Zasilanie: 230V 50 Hz, 12 i 24 V prądu stałego, akumulatorowe | TAK |  |
|  | Akcesoria elementy zestawu |
|  | 1. Wielorazowy, sterylizowalny zbiornik (pojemność 1000ml) z filtrem antybakteryjnym
 | TAK |  |
| 1. Kabel do zasilania w zestawie
 |  |  |
| 1. Uchwyt karetkowy do mocowania na ścianie z wbudowanym gniazdem zasilającym (ssak ładuje się natychmiast po odwieszeniu w uchwycie)
 | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Przenośny zestaw tlenowy – 1 kpl.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Butla tlenowa aluminiowa z zaworem o pojemności 2-3l | TAK  |  |
|  | Reduktor tlenowy z szybko złączką AGA, z możliwością ustawienia przepływu 0-25l tlenu | TAK |  |
|  | Przewód tlenowy  | TAK |  |
|  | Przewód tlenowy niezałamujący się uniwersalny, dł. 2,10m. średnica zew. 6mm, średnica wew. 4mm | TAK |  |
|  | Torba transportowa  | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Pulsoksymetr ręczny – 1 szt.Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |  |  |
|  | Urządzenie do pojedynczych pomiarów i ciągłego monitorowania pulsu i saturacji (SpO2) | TAK |  |
|  | Pomiar saturacji w zakresie minimum 1-100% | TAK |  |
|  | Pomiar tętna w zakresie nie węższym niż 25-240bpm | TAK |  |
|  | Wskaźnik perfuzji | TAK |  |
|  | Alarm niskiego poziomu baterii | TAK |  |
|  | Praca w zakresie temperatur minimum: 0 ÷ +45°C / 0 ÷ +45°C | TAK |  |
|  | Obudowa odporna na wstrząsy i uderzenia | TAK |  |
|  | Czytelny wyświetlacz | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne/akumulatorowe | TAK |  |
| Akcesoria, elementy zestawu |
|  | 1. Czujnik na palcowy, wielorazowy w zestawie – dla dorosłych i dzieci typu klips lub slikonowy
 | TAK |  |
| 1. Zasilacz/ładowarka
 | TAK/NIE |  |
| 1. Komplet baterii jeśli wymagany
 | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Reduktor tlenowy naścienny z nawilżaczem- 1 szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Wykonany z metalu  | TAK |  |
|  | Z złączem AGA | TAK |  |
|  | Zakres dozowania tlenu 0 -25l | TAK |  |
|  | Nawilżacz wielorazowy  | TAK |  |
|  | Jeśli wymagane, końcówka do podłączenia przewodu tlenowego do dozownika bez nawilżacza w zestawie | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące.  | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Termometr elektroniczny - douszny –1szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Termometr elektroniczny, mierzący i wyświetlający temperaturę w zakresie minimum 28 ÷42°C | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne | TAK |  |
|  | Technologia pomiary - podczerwień | TAK |  |
|  | Podgrzewana końcówka pomiarowa eliminująca błędy pomiaru | TAK |  |
| Akcesoria, elementy zestawu |
|  | 1. Komplet 4 szt. Baterii pasujących do termometru
 | TAK |  |
| 1. 200 końcówek ochronnych, jednorazowych
 | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące, dostawca pokrywa koszty transportu do i z serwisu, wizyty serwisanta w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Ciśnieniomierz przenośny – 1kpl.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Odporny na wstrząsy i upadek | TAK |  |
|  | Z manometrem zegarowym | TAK |  |
|  | Z zaworem obrotowym | TAK |  |
|  | Z kompletem mankietów dla dorosłych, dzieci i niemowląt 3 kpl.w zestawie | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | TAK |  |
|  | Gwarancja na kalibracje minimum 10lat |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące.  | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Stetoskop – 1szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Stetoskop dwugłowicowy | TAK |  |
|  | Stetoskop jednożyłowy | TAK |  |
|  | Komplet końcówek do ucha w zestawie | TAK |  |
|  | Otoczki z tworzywa zapobiegające uczuciu zimna przez pacjenta |  |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Latarka diagnostyczna – 1szt**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Zasilana bateryjnie, bateria typ: AAA | TAK |  |
|  | 4 szt. baterii w zestawie | TAK |  |
|  | Z klipsem umożlwiającym zawieszenie na kieszeni | TAK |  |
|  | Wykonana z metalu | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 60 miesiący. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Mankiet do szybkich przetoczeń – 1szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Mankiet do szybkiego podawania płynów infuzyjnych | TAK |  |
|  | Przeźroczysta przednia ścianka mankietu zapewniająca pełną widoczność butelki lub worka z płynem. | TAK |  |
|  | Wbudowany manometr z czytelną skalą oraz gruszka z zaworem obrotowym  do precyzyjnej regulacji szybkości przepływu. | TAK |  |
|  | Przystosowany do butelek lub worków o pojemności w zakresie co najmniej 500 do maksymalnie 1000 ml. | TAK |  |
|  | Możliwość powieszenia na stojaku lub innym punkcie zapewniającym toczenie grawitacyjne. | TAK |  |
|  | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji ~~2018~~ 2017 lub nowsze | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Plecak ratowniczy 2 szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Wyposażony w: |
| 1. Komorę główną z demontowaną środkową ścianką
 | TAK |  |
| 1. 2 kieszenie z przodu plecaka
 | TAK |  |
| 1. Kieszeń na dokumenty formatu A4
 | TAK |  |
| 1. 3 kieszenie po bokach plecaka
 | TAK |  |
| 1. Minimum 4 torebki wewnętrzne, przezroczyste, mocowanych na rzepy w dowolnej konfiguracji w komorze głównej plecaka
 | TAK |  |
| 1. Uchwyt do przenoszenia w ręce
 | TAK |  |
| 1. Szelki
 | TAK |  |
| 1. Odblaski z przodu i po bokach plecaka
 | TAK |  |
|  | Wykonany z materiału odpornego na uszkodzenia mechaniczne | TAK |  |
|  | Kolor czerwony | TAK |  |
|  | Wymiary zewnętrzne minimum 55x55x30cm (wys., szer., gł.) | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Torba reanimacyjna – 3szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Wymiary minimum 53/30/36 cm długość/szerokość/wysokość Zamawiający dopuści na zasadzie równoważności wymiary 50/30/30 cm długość/szerokość/wysokość  | TAK |  |
|  | Oddzielna torebka na zestaw intubacyjny | TAK |  |
|  | Oddzielna torebka na wkłucia dożylne | TAK |  |
|  | Ampularium  | TAK |  |
|  | System funkcjonalnych gumowych pętelek zamontowanych do torby  | TAK |  |
|  | Uchwyty do noszenia w ręku i na ramieniu  | TAK |  |
|  | Torba koloru czerwonego  | TAK |  |
|  | Torba z odblaskami na przedniej stronie torby | TAK |  |
|  | **Torba pediatryczna – 1szt.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Wymiary minimum 36/23/36 długość/szerokość/wysokość) | TAK |  |
|  | Uchwyty do noszenia w ręku i na ramieniu | TAK |  |
|  | Wyposażona w miimum 7 wewnętrznych wyjmowanych torebek  | TAK |  |
|  | W torbie miejsce na 2 komplety worków samorozprężalny  | TAK |  |
|  | Wyposażona w odczepiane ampularium  | TAK |  |
|  | Torba z odblaskami na przedniej stronie torby | TAK |  |
|  |  | TAK |  |
|  | Zestaw treningowy- wkłuć doszpikowych  | TAK |  |
|  | Napęd  | TAK |  |
|  | Igły doszpikowe dla niemowlaka, dziecka , dorosłego  | TAK |  |
|  | Fantom kości ramiennej os. Dorosłej, kośpi piszczelowej bliższej, kości noworodka | TAK |  |
|  | Etui na napęd i igły w zestawie  | TAK |  |
|  | **Nożyczki ratownicze- 1szt**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Wykonane z stali nierdzewnej, umożliwiające cięcie odzieży w tym odzieży motocyklistów | TAK |  |
| Wyposażone w: |
|  | 1. Zbijak do szyb
 | TAK |  |
| 1. Przecinak do pierścionków
 | TAK |  |
| 1. Przecinak do pasów
 | TAK |  |
| 1. Uchwyt do zawieszenia
 | TAK |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | **Laryngoskop światłowodowy, typ Miller 1kpl.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | 1. z metalową rękojeścią
 | TAK |  |
| 1. zasilany bateryjnie
 | TAK |  |
| 1. z kompletem metalowych łyżek typ Miller o rozmiarach (00; 0; 1 ;2; 3; 4)
 | TAK |  |
| 1. Etui na łyżki i rękojeść
 | TAK |  |
| 1. 4 szt. baterii w zestawie
 | TAK |  |
|  | **Laryngoskop światłowodowy, typ Macintosh 1 kpl.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | 1. Z metalową rękojeścią
 | TAK |  |
| 1. zasilany bateryjnie
 | TAK |  |
| 1. z kompletem metalowych łyżek tym Macintosh o rozmiarach ( 0; 1 ;2; 3; 4)
 | TAK |  |
| 1. z etui na łyżki i rękojeść
 | TAK |  |
| 1. 4 szt. baterii w zestawie
 | TAK |  |
|  | **Zestaw Segregacyjny Triage – 1 kpl.**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | 1. Zestaw segregacyjny Triage z 36 opaskami odblaskowymi, o kolorach: zielonym, żółtym, czerwonym, biały z szachownicą
 | 1szt. | TAK |  |
| 1. Latarka, zasilana bateryjnie, baterie AA lub AAA, baterie w zestawie
 | 1szt. | TAK |  |
| 1. Nożyczki ratownicze
 | 1szt. | TAK |  |
| 1. Marker, kolor czarny, zmywalny
 | 1szt. | TAK |  |
| 1. Kamizelka funkcyjna koloru czerwonego z pasami odblaskowymi i napisem funkcyjnym LEKARZ, litery koloru czarnego, napisy funkcyjne na plecach i na lewej części przedniej strony kamizelki
 | 2szt. | TAK |  |
| 1. Kamizelka funkcyjna koloru czerwonego z pasami odblaskowymi i napisem funkcyjnym RATOWNIK MEDYCZNY, litery koloru czarnego, napisy funkcyjne na plecach i na lewej części przedniej strony kamizelki
 | 9szt. | TAK |  |
| 1. Kamizelka funkcyjna koloru czerwonego z pasami odblaskowymi i napisem funkcyjnym PIELĘGNIARKA, litery koloru czarnego, napisy funkcyjne na plecach i na lewej części przedniej strony kamizelki
 | 3szt. | TAK |  |
| 1. Kamizelka funkcyjna koloru czerwonego z pasami odblaskowymi i napisem funkcyjnym PIELĘGNIARZ, litery koloru czarnego, napisy funkcyjne na plecach i na lewej części przedniej strony kamizelki.
 | 3szt. | TAK |  |
| 1. Kamizelka funkcyjna koloru czerwonego z pasami odblaskowymi i napisem funkcyjnym LKRM, litery koloru czarnego, napisy funkcyjne na plecach i na lewej części przedniej strony kamizelki
 | 1szt. | TAK |  |
| 1. Kamizelka funkcyjna koloru czerwonego z pasami odblaskowymi i napisem funkcyjnym KAM, litery koloru czarnego, napisy funkcyjne na plecach i na lewej części przedniej strony kamizelki
 | 1szt. | TAK |  |
|  | **Zestaw do udrażniania dróg oddechowych i tlenoterapii –. wszystkie produkty fabrycznie nowe, z minimalnie 2letnią datą przydatności do użycia**Producent: …….….…………………………………………………Typ ………………………………………………………………….Rok produkcji:……..………….……………………………………. |
|  | Rurki ustno-gardłowe Geudeala rozmiary od 000-5 | 10kpl. | TAK |  |
|  | Rurka nosowo-gardłowa 8,0mm  | 10szt | TAK |  |
|  | Rurka krtaniowa nr 5 jednorazowego użytku  | 10szt | TAK |  |
|  | Rurka krtaniowa nr 4 jednorazowego użytku | 10szt | TAK |  |
|  | Rurka krtaniowa nr 3 jednorazowego użytku | 10szt | TAK |  |
|  | Maska krtaniowa jednorazowa z mankietem uszczelniającym rozmiary od 1-5 | 5kpl | TAK |  |
|  | Maska krtaniowa jednorazowa żelowa, bez mankietu uszczelniającego wypełnianego powietrzem rozmiary od 3-5  | 3kpl | TAK |  |
|  | Prowadnica do rurek intubacyjnych duża rozmiar 5.0 | 1szt. | TAK |  |
|  | Prowadnica do rurek intubacyjnych rozmiar 2,2  | 1szt. | TAK |  |
|  | Szczypce Magilla 7,25” dla dzieci i młodzieży  | 1szt. | TAK |  |
|  | Szczypce Magilla 9’’ dla dorosłych  | 1szt. | TAK |  |
|  | Stabilizator do rurek intubacyjnej dla dorosłych z plastikowym gryzakiem | 5szt. | TAK |  |
|  | Stabilizator rurek krtaniowych  | 5szt. |  |  |
|  | Maska do tlenoterapii dla dorosłych do 100 % O2 do wysokich stężeń tlenu z zaworem (two side non-rebreath-ing), rezerwuarem i przewodem tlenowym minimum 2m, | 20szt. | TAK |  |
|  | Maska do tlenoterapii - pediatryczna do wysokich stężeń tlenu z zaworem jednodrogowym i rezerwuarem oraz przewodem tlenowym minimum 2m, | 20szt. | TAK |  |
|  | Maska do inhalacji dla dorosłych, z przewodem minimum 2m,  | 20szt. | TAK |  |
|  | Maska do inhalacji dla dzieci, z przewodem minimum 2m,  | 20szt. | TAK |  |
|  | Wąsy tlenowe – cewnik do podawania tlenu przez nos dla dorosłych z przewodem dł. minimum 2m | 20szt | TAK |  |
|  | Wąsy tlenowe – cewnik do podawania tlenu przez nos dla dzieci z przewodem dł. minimum 2m | 20szt | TAK |  |
|  | Folia izotermiczna, folia NRC – 10szt. | 20szt. | TAK |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Gwarancja i warunki serwisowe**  |
|  | Gwarancja na sprzęt min. 2 lata od daty podpisania przez obie strony protokołu zdawczo- odbiorczego*(punkt ten jest oceniany jako jedno z kryteriów oceny ofert).*2 lata – 0 pkt.3 lata – 20 pkt.4 lata- 30 pkt5 lat i więcej– 40 pkt | podać |  |
|  | Przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami producenta (przy czym ostatni ww. przegląd nastąpi w okresie 30 dni przed upływem okresu gwarancji). | TAK |  |
|  | Punkty serwisowe, lokalizacja (adres, nr tel. i fax). Proszę podać. | Podać |  |
|  | Czas reakcji – przystąpienie do naprawy gwarancyjnej zgłoszonej usterki do 24 godzin w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
|  | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - maksymalnie 72 godziny w dni robocze rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
|  | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii - maksymalnie 7 dni roboczych rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
|  | Ilość 3 awarii sprzętu w okresie gwarancyjnym skutkująca wymianą niesprawnego modułu na nowy. | TAK |  |
|  | Godziny i sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach, proszę podać | TAK/Podać |  |

\* - potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów technicznych poprzez wpisanie słowa „TAK” w odpowiednim (każdym) wierszu kolumny

**Wykonawca zobowiązany jest w formularzu rzeczowo-cenowym (załącznik nr 1.1 do SIWZ) do podania osobnych cen dla wyszczególnionego sprzętu.**