**Załącznik nr 1.7 do siwz – Formularz Szczegółowy Oferty (Pakiet nr 7)**

**Oznaczenie postępowania: DA.ZP.242.43.2018**

**Pakiet nr 7**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Urządzenie do kompresji klatki piersiowej – 2 szt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis** |  |
| 1. | Wytwórca |  |
| 2. | Nazwa – model/typ |  |
| 3. | Rok produkcji 2018 |  |

**Część A: ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETR1W TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowany** |
|  | Urządzenie przenośne przeznaczone do mechanicznej resusustytacji krążeniowo-oddechowej |  |
|  | Cykl pracy: 50% kompresja/ 50% dekompresja |  |
|  | Głębokość kompresji: w zakresie 5-6 cm |  |
|  | Siła kompresji między 530 a 600 N |  |
|  | Działanie urządzenia w pełni elektryczne |  |
|  | Żródło zasilania:- akumulator ładowany ze źródła napięcia przemiennego 230 V~/50 Hz- zasilanie 12 V DC - zasilanie 230 VAC |  |
|  | Możliwość wykonywania ciągłej, nieprzerwanej kompresji w warunkach stacjonarnych bez ograniczeń |  |
|  | Aktywna relaksacja klatki piersiowej za pomocą saawki |  |
|  | Możliwość wykonania defibrylacji bez konieczność zdejmowania urządzenia z pacjenta |  |
|  | Wyposażenie aparatu:- torba przenośnia- deska pod plecy- podkładka do mocowania rąk pacjenta do urządzenia- akumulator- elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu (3 szt)- ładowarka do akumulatora (dodatkowa lub w urządzeniu) |  |
|  | Waga urządzenia wraz torbą i akcesoriami poniżej 10 kg |  |
|  | Okres gwarancyjny ,min. 24 miesiące |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe - 2018 |  |
|  | Akcesoria:- pasek do mocowania- zapasowa bateria- osłona antykontaminacyjna- zewnętrzny kabel łączący stymulator z elektrodą nasierdziową lub elektrodą czasową przezżylną, kompatybilną ze wszystkimi stymulatorami i elektrodami - 5 szt, |  |
|  |  Urządzenie fabrycznie nowe - 2018 r. |  |

1. **Defibrylator dwufazowy – 1 szt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis** |  |
| 1. | Wytwórca |  |
| 2. | Nazwa – model/typ |  |
| 3. | Rok produkcji 2018 |  |

**Część A: ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETR1W TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowany** |
| 1 | Defibrylator dwufazowy o minimalnej funkcjonalności: |  |
|   | -         Defibrylator dwufazowy Man/ AED / STYM/ SPO2/ kardiowersja rejestrator |  |
|   | -         akumulator Li-Ion 1szt. |  |
|   | -         łyżki do defibrylacji zewnętrznej |  |
|   | -         jednorazowe elektrody do defibrylacji / stymulacji dla dorosłych - 1 kpl |  |
|   | -         przewód połączeniowy do elektrod jedn. |  |
|   | -         przewód EKG 3 / 5 -odpr.; |  |
|   | -         komplet 5 końcówek EKG z klipsami |  |
|   | -         SpO2 na palec typu klips dla dorosłych; |  |
|   | -         przewód połączeniowy do czujnika |  |
|  2. | Urządzenie fabrycznie nowe - 2018 |  |

Zamawiający informuję, że w przypadku użycia w którymkolwiek miejscu SIWZ zapisów opisujących przedmiot zamówienia poprzez odniesienie do norm, europejskich ocen technicznych, aprobat, specyfikacji technicznych i systemów referencji technicznych Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne. Ponadto w przypadku użycia w którymkolwiek miejscu SIWZ znaków towarowych nazw wyrobów, producentów itp., Zamawiający dopuszcza zaoferowanie rozwiązań, materiałów, wyrobów równoważnych.”

UWAGA!:

Wykonawca jest zobowiązany do potwierdzenia parametru wymaganego w rubryce „PARAMETR OFEROWANY” wraz z opisem. Nie spełnienie któregokolwiek z tych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi.

**Część B: FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość** | **Cena jednostkowa** | **Wartość** | **VAT** |
| **netto** | **brutto** | **netto** | **brutto** |
| 1. | **Urządzenie do kompresji klatki piersiowej** | 2 szt |  |  |  |  |  |
| 2. | **Defibrylator dwufazowy** | 1 szt |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

 dnia

 */podpis i pieczątka upoważnionego*

 *przedstawiciela* /