*Łódź, dnia 5.01.2018r.*

IMŁ/OA/20-2/ZP/2017/2018

**Wykonawcy, którzy pobrali SIWZ**

*Dotyczy: postępowania przetargowego na dostawę defibrylatorów dla IML Sp. z o.o.*

***Znak sprawy 20/ZP/PN/17***

Działając na podstawie art. 38 ust.4 ustawy Prawo Zamówień Publicznych, Inwestycje Medyczne Łódzkiego Spółka z o.o., dokonuje modyfikacji SIWZ:

III.6 SIWZ otrzymuje brzmienie:

Postępowanie podzielone jest na części. Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.

Część 1: Dostawa 1 szt. defibrylatorów opisanych Załącznikiem nr 1 „A” do SIWZ

Część 2: Dostawa 10 szt. defibrylatorów opisanych Załącznikiem nr 1 „B” do SIWZ

Część 3: Dostawa 1 szt. defibrylatorów opisanych Załącznikiem nr 1 „C” do SIWZ

Część 4: Dostawa 17 szt. defibrylatorów opisanych Załącznikiem nr 1 „D1, D2, D3” do SIWZ

**VII. Wymagania dotyczące wadium otrzymują brzmienie:**

Wykonawca zobowiązany jest wnieść wadium (łącznie) w wysokości: 10 100,00 zł (słownie: dziesięć tysięcy sto 00/100 zł)przed upływem terminu składania ofert.

Dla część 1: 150,00 zł (sto pięćdziesiąt 00/100 zł)

Dla części 2: 4 400,00 zł ( cztery tysiące czterysta 00/100 zł)

Dla część 3: 600,00 zł (sześćset 00/100 zł)

Dla części 4: 4 950,00 zł ( cztery tysiące dziewięćset pięćdziesiąt 00/100 zł)

1. IX.10 SIWZ, otrzymuje brzmienie: Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, w siedzibie Zamawiającego i oznakować w następujący sposób:

Inwestycje Medyczne Łódzkiego Sp. z o.o.

90-051 Łódź, Al. J. Piłsudskiego 12 pok.515

**„ Oferta w postępowaniu na dostawę DEFIBRYLATORÓW dla IML Sp. z o.o.**

**nr sprawy: 20/ZP/PN/17”**

**Otworzyć na jawnym otwarciu ofert w dniu 1 LUTEGO 2018r. o godz. 9.30"**

i opatrzyć nazwą i dokładnym adresem Wykonawcy.

**X. 1,3 SIWZ otrzymują brzmienie:**

 **Miejsce i termin składania i otwarcia ofert.**

1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Zamawiającego przy Al. Piłsudskiego 12 w  Łodzi – pok. 515 Sekretariat - **do dnia 1 lutego 2018r., do godziny 900** i zaadresować zgodnie z opisem przedstawionym w rozdziale X SIWZ.

3. Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego w dniu **1 lutego 2018r**., o godzinie 9.30.

Część 4 Załącznika nr 2 do SIWZ, otrzymuje brzmienie:

**Część 4**

**Oferowana cena netto:……………………………………………………. Zł**

**Oferowana cena brutto: …………………………………………………… zł**

**W tym cena brutto za 1 szt. urządzenia „D1” …………………………………………………… zł**

**W tym cena brutto za 1 szt. urządzenia „D2” …………………………………………………… zł**

**W tym cena brutto za 1 szt. urządzenia „D3” …………………………………………………… zł**

**Załącznik nr 1 do SIWZ część 1 otrzymuje brzmienie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE „A”: 1 sztuki** | Parametry wymagane | **Parametry oferowane/podać zakresy lub opisać** |
| 1 | **Oferent / Producent** | Podać |  |
| 2 | **Nazwa i typ** | Podać |  |
| 3 | **Kraj pochodzenia** | Podać |  |
| 4 | **Rok produkcji 2017/2018** | Podać | Rok 2018- 2 pkt |
| 5 | Aparat przenośny | Tak |  |
| 6 | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci | Tak |  |
| 7 | Ładowanie akumulatorów z sieci 230 V AC i 12V DC z ładowarki dwustanowiskowej | Tak/podać |  |
| 8 | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 100 defibrylacji x 200J | Tak/podać | Ilość defibrylacji na jednym akumulatorze powyżej 200 defibrylacji x200J – 1pkt |
| 9 | Ciężar defibrylatora poniżej 10 kg | Tak/podać |  |
| 10 | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. | Tak |  |
| 11 | Norma IP min 44 | Tak |  |
| 12 | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | Podać |  |
| 13 | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | Podać |  |
| 14 | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | Tak/Nie/Podać | Tak = 1Nie = 0 |
| 15 | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 5 do 200 J | Tak/Podać | do 200J = 0do 360J = 1 |
| 16 | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 20. | Tak/Podać | Do 24 poziomów = 0Powyżej 24 poziomów = 1 |
| 17 | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | Tak |  |
| 18 | Defibrylacja przez łyżki twarde mocowane bezpośrednio w obudowie defibrylatora i elektrody naklejane transparentne w RTG, w wyposażeniu łyżki dziecięce | Tak |  |
| 19 | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie | Tak |  |
|  | Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia | Tak |  |
| 20 | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | Tak |  |
| 21 | Częstość stymulacji min. 40-150 impulsów/minutę | Tak/Podać | Powyżej 150 impulsów- 1 pkt |
| 22 | Regulacja prądu stymulacji min. 0-140 mA | Tak/Podać | Powyżej 150mA- 1 pktPoniżej 150mA – 0pkt |
| 23 | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | Tak |  |
| 24 | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | Tak |  |
| 25 | Alarmy częstości akcji serca | Tak |  |
| 26 | Zakres pomiaru tętna od 30-300 u/min | Tak/Podać | Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min- 2 pkt |
| 27 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. Od 0,25 do 4cm/Mv | Tak/Podać | Zakres do 6 poziomów – 0pktZakres powyżej 6 poziomów – 1pkt |
| 28 | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | Tak/Podać |  |
| 29 | Ekran kolorowy o przekątnej 6,5”. | Tak/Podać | Powyżej 8”- 1 pktPoniżej 8” – 0 pkt |
| 30 | Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 70mm. | Tak/Podać |  |
| 31 | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | Tak |  |
| 32 | Transmisji danych przez modem do stacji odbiorczych | Tak |  |
| 33 | Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips dla dorosłych i dzieci | Tak |  |
|  | **moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips dla dorosłych i dzieci- dla 1 sztuki urządzenia** | Tak |  |
| 34 | Możliwość rozbudowy o moduł nieinwazyjnego pomiaru stężenia methemoglobiny i karboksyhemoglobiny za pomocą czujnika typu klips | Tak |  |
|  | **moduł nieinwazyjnego pomiaru stężenia methemoglobiny i karboksyhemoglobiny za pomocą czujnika typu klips- dla 1 sztuki urządzenia** | Tak |  |
| 35 | Możliwość rozbudowy o moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych. | Tak |  |
|  | **moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych.- dla 2 sztuki** | Tak |  |
| 36 | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracja bez udziału użytkownika | Tak |  |
|  |  **moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracja bez udziału użytkownika- dla 1 sztuki** | Tak |  |
| 37 | Możliwość rozbudowy o moduł IBP | Tak |  |
| 38 | Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru temperatury | Tak |  |
| 39 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak/Podać | 24 miesiące – 0pkt36 miesięcy – 1pkt48 miesięcy – 2pkt |

Oświadczam, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, niegenerowane, ni e demonstracyjne kompletne, kompatybilne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi.

***UWAGA:***

1. Wszystkie parametry graniczne oraz zaznaczone “Tak/podać” w powyższej tabeli są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust.1 pkt 2 ustawy Pzp.

2. Wykonawca zobowiązany jest do podania wartości parametrów w jednostkach fizycznych wskazanych w powyższej tabelce.

3. Wszystkie zaoferowane parametry i wartości podane w zestawieniu musza dotyczyć oferowanej konfiguracji.

4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta w przypadku niezgodności lub niewiarygodności zaoferowanych parametrów.

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

 *pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentowania podmiotu*

**Część 2: otrzymuje brzmienie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE „B”: 10 sztuk** | Parametry wymagane | **Parametry oferowane****/podać zakresy lub opisać** |
| 1 | **Oferent / Producent** | Podać |  |
| 2 | **Nazwa i typ** | Podać |  |
| 3 | **Kraj pochodzenia** | Podać |  |
| 4 | **Rok produkcji 2017/2018** | Podać | Rok 2018- 2 pkt |
| 5 | Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa | Tak |  |
| 6 | Defibrylacja ręczna i tryb AED | Tak |  |
| 7 | Metronom z możliwością ustawień rytmu częstotliwości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | Tak/Nie/podać | Tak = 1pktNie = 0pkt |
| 8 | Urządzenie wyposażone w trybie AED w algorytm wykrywający ruch pacjenta | Tak |  |
| 9 | Zakres wyboru energii w J min. 2-200 J w trybie manualnym | Tak/podać | Do 360J – 1pktDo 200J – 0pkt |
| 10 | Zakres wyboru energii w J min.150J-200J w trybie AED | Tak/podać | Do 360J – 1pktDo 200J – 0pkt |
| 11 | Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej minimum 20 | Tak/podać | 24 i więcej- 1 pkt |
| 12 | Czas ładowania do energii 200 J poniżej 7 s | Tak/Podać | Czas ładowania do 5s – 1pktCzas ładowania powyżej 5s – 0pkt |
| 13 | Ekran monitora kolorowy | Podać |  |
| 14 | Przekątna ekranu monitora minimum 5 cali | Tak/Podać | Powyżej 5”- 1 pkt |
| 15 | Zasilanie sieciowo – akumulatorowe | Tak |  |
| 16 | Możliwość wykonania kardiowersji | Tak |  |
| 17 | Ciężar defibrylatora wraz z akumulatorem | Tak/Podać | Ciężar powyżej 6 kg – 0pktCiężar poniżej 6 kg – 1 pkt |
| 18 | Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci | Tak |  |
| 19 | Wydruk zapisu na papierze o szerokości min 50mm | Tak/podać |  |
| 20 | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności manualnego włączania urządzenia w trybie pracy akumulatorowej oraz z zasilania zewnętrznego 230V | Tak |  |
| 21 | Monitorowanie EKG - przewody dla 3 odprowadzeń | Tak |  |
| 22 | Zakres pomiaru tętna min. 30-300 u/min | Tak/podać | Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min- 2 pkt |
| 23 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG od 0,25 do 4 cm/mV | Tak/podać | Zakres do 6 poziomów – 0pktZakres powyżej 6 poziomów – 1pkt |
| 24 | Pomiar saturacji krwi tetniczej przez czujnik wielorazowy typu klips w zakresie od 1 do 100% w technologii cyfrowej eliminacji zakłóceń | Tak |  |
| 25 | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2 z obserwacją krzywej EtCO2 na ekranie. | Tak |  |
| 26 | Możliwość rozbudowy o dedykowany fabryczny moduł WIFI | Tak |  |
| 27 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak/Podać | 24 miesiące – 0pkt36 miesięcy – 1pkt48 miesięcy – 2pkt |

Oświadczam, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, niegenerowane, ni e demonstracyjne kompletne, kompatybilne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi.

***UWAGA:***

1. Wszystkie parametry graniczne oraz zaznaczone “Tak/podać” w powyższej tabeli są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust.1 pkt 2 ustawy Pzp.

2. Wykonawca zobowiązany jest do podania wartości parametrów w jednostkach fizycznych wskazanych w powyższej tabelce.

3. Wszystkie zaoferowane parametry i wartości podane w zestawieniu musza dotyczyć oferowanej konfiguracji.

4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta w przypadku niezgodności lub niewiarygodności zaoferowanych parametrów.

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

 *pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentowania podmiotu*

**Część 3: otrzymuje brzmienie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE „C”: 1 szt.** | Parametry wymagane | **Parametry oferowane****/podać zakresy lub opisać** |
| 1 | **Oferent / Producent** | Podać |  |
| 2 | **Nazwa i typ** | Podać |  |
| 3 | **Kraj pochodzenia** | Podać |  |
| 4 | **Rok produkcji 2017/2018** | Podać | Rok 2018- 2 pkt |
| 5 | Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa | Tak |  |
| 6 | Defibrylacja ręczna i tryb AED | Tak |  |
| 7 | Metronom z możliwością ustawień rytmu częstotliwości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | Tak/Nie/podać | Tak = 1pktNie = 0pkt |
| 8 | Urządzenie wyposażone w trybie AED w algorytm wykrywający ruch pacjenta | Tak |  |
| 9 | Zakres wyboru energii w J min. 2-200 J w trybie manualnym | Tak/Podać | Do 360J – 1pkt Do 200J – 0pkt |
| 10 | Zakres wyboru energii w J min.150J-200J w trybie AED | Tak/Podać | Do 360J – 1pktDo 200J – 0pkt |
| 11 | Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej minimum 20 | Tak/Podać | 24 i więcej- 1 pkt |
|  12 | Czas ładowania do energii 200 J poniżej 7 s | Tak/Podać | Czas ładowania do 5s – 1pktCzas ładowania powyżej 5s – 0pkt |
| 13 | Ekran monitora kolorowy | Tak/Podać |  |
| 14 | Przekątna ekranu monitora minimum 5 cali | Tak/Podać |  |
| 15 | Zasilanie sieciowo – akumulatorowe | Tak |  |
| 16 | Możliwość wykonania kardiowersji | Tak |  |
| 17 | Ciężar defibrylatora wraz z akumulatorem | Tak/Podać | Ciężar powyżej 6 kg – 0pktCiężar poniżej 6 kg – 1 pkt |
| 18 | Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci | Tak |  |
| 19 | Wydruk zapisu na papierze o szerokości min 50mm | Tak/Podać |  |
| 20 | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności manualnego włączania urządzenia w trybie pracy akumulatorowej oraz z zasilania zewnętrznego 230V | Tak |  |
| 21 | Monitorowanie EKG - przewody dla 3 odprowadzeń | Tak |  |
| 22 | Zakres pomiaru tętna min.30-300 u/min | Tak/Podać | Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min- 2 pkt |
| 23 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG od 0,25 do 4 cm/Mv | Tak/Podać | Zakres do 6 poziomów – 0pktZakres powyżej 6 poziomów – 1pkt |
| 24 | Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym przez elektrody defibrylacyjno-stymulacyjne radiotransparentne | Tak |  |
| 25 | Częstotliwość stymulacji w zakresie min. 40-170 imp./min | Tak/Podać |  |
| 26 | Natężenie prądu stymulacji w zakresie co najmniej 10-140 mA | Tak/Podać | Zakres szerszy niż 10-150mA – 1pktZakres węższy niż 10 -150mA – 0 pkt  |
| 27 | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2 z obserwacją krzywej EtCO2 na ekranie | Tak |  |
| 28 | Możliwość rozbudowy o dedykowany fabryczny moduł WIFI | Tak |  |
| 29 | Gwarancja min 24 miesiące | Tak/Podać | 24 miesiące – 0pkt36 miesięcy – 1pkt48 miesięcy – 2pkt |

Oświadczam, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, niegenerowane, ni e demonstracyjne kompletne, kompatybilne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi.

***UWAGA:***

1. Wszystkie parametry graniczne oraz zaznaczone “Tak/podać” w powyższej tabeli są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust.1 pkt 2 ustawy Pzp.

2. Wykonawca zobowiązany jest do podania wartości parametrów w jednostkach fizycznych wskazanych w powyższej tabelce.

3. Wszystkie zaoferowane parametry i wartości podane w zestawieniu musza dotyczyć oferowanej konfiguracji.

4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta w przypadku niezgodności lub niewiarygodności zaoferowanych parametrów.

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

 *pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentowania podmiotu*

**Część 4: otrzymuje brzmienie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE „D3”: 9 szt** | Parametry wymagane | **Parametry oferowane****/podać zakresy lub opisać** |
| 1 | **Oferent / Producent** | Podać |  |
| 2 | **Nazwa i typ** | Podać |  |
| 3 | **Kraj pochodzenia** | Podać |  |
| 4 | **Rok produkcji 2017/2018** |  | Rok 2018- 2 pkt |
| 5 | Półautomatyczny, przenośny, dwufazowy defibrylator zewnętrzny AED  | Tak |  |
| 6 | Komendy głosowe i wizualne (wyświetlane na ekranie lub panelu graficznym) w języku polskim | Tak |  |
| 7 | Automatyczna ocena rytmu EKG i analiza impedancji klatki piersiowej pacjenta dla określenia czy wyładowanie jest zalecane | Tak |  |
| 8 | Widoczny i dostępny wskaźnik naładowania baterii | Tak/Nie/Podać | Tak – 1pktNie – 0pkt |
| 9 | Zakres energii min. 150-200J | Tak/podać |  |
| 10 | Ładowanie do 200J max 10 sek | Tak/podać | Czas ładowania do 7 sek – 1pktCzas ładowania powyżej 7 sek – 0pkt |
| 11 | Pamięć wewnętrzna umożliwiająca automatyczne zapisywanie wszystkich danych EKG i zdarzeń medycznych (około 40 min na jednego pacjenta) możliwość zapisu rekordu dwóch pacjentów. | Tak |  |
| 12 | Możliwość bezprzewodowego przesyłania zapamiętanych danych przez port IrDA do komputera | Tak/Nie/podać | Tak – 1pktNie - 0pkt |
| 13 | Bifazowa fala defibrylacji | Tak |  |
| 14 | Maksymalna energia defibrylacji min. 200J przy obciążeniu 50 Ώ | Tak/Podać |  |
| 15 | Protokół wyładowań w zakresie 150 -200J (np. 150/150/200J) | Tak/podać |  |
| 16 | Możliwość stosowania elektrod pediatrycznych i dla dorosłych | Tak |  |
| 17 | Automatyczna analiza EKG | Tak |  |
| 18 | Rozdzielczość ekranu min. 320x240 pixeli lubekran z panelem graficznym z czytelnymi i podświetlonymi ikonami, informującymi krok po kroku o przebiegu akcji ratowniczej  | Tak/podać | Przekątna ekranu powyżej 5”- 1 pktPrzekątna ekranu poniżej 5” – 0pktPanel graficzny – 0pkt |
| 19 | Bateria nieładowalna (min 4 lat żywotności, około 100 wyładowań) | Tak/podać |  |
| 20 | Ciężar max. 4 kg | Tak/podać |  |
| 21 | Parametr wytrzymałości urządzenia ze wskaźnikiem IP55 | Tak |  |
| 22 | Deklaracja CE zgodna z dyrektywą medyczną 93/42/EEC | Tak |  |
| 23 | Możliwość prowadzenia standarowego monitorowania za pomocą kabla trzyżyłowego | Tak/Nie/podać | Tak – 1pktNie – 0pkt |
| 24 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak/podać | 24 miesiące – 0pkt36 miesięcy – 1pkt48 miesięcy – 2pkt |

Oświadczam, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, niegenerowane, ni e demonstracyjne kompletne, kompatybilne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi.

***UWAGA:***

1. Wszystkie parametry graniczne oraz zaznaczone “Tak/podać” w powyższej tabeli są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust.1 pkt 2 ustawy Pzp.

2. Wykonawca zobowiązany jest do podania wartości parametrów w jednostkach fizycznych wskazanych w powyższej tabelce.

3. Wszystkie zaoferowane parametry i wartości podane w zestawieniu musza dotyczyć oferowanej konfiguracji.

4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta w przypadku niezgodności lub niewiarygodności zaoferowanych parametrów.

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

 *pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentowania podmiotu*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE „D1”: 1 sztuki** | Parametry wymagane | **Parametry oferowane/podać zakresy lub opisać** |
| 1 | **Oferent / Producent** | Podać |  |
| 2 | **Nazwa i typ** | Podać |  |
| 3 | **Kraj pochodzenia** | Podać |  |
| 4 | **Rok produkcji 2017/2018** | Podać | Rok 2018- 2 pkt |
| 5 | Aparat przenośny | Tak |  |
| 6 | Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci | Tak |  |
| 7 | Ładowanie akumulatorów z sieci 230 V AC i 12V DC z ładowarki dwustanowiskowej | Tak/podać |  |
| 8 | Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 100 defibrylacji x 200J | Tak/podać | Ilość defibrylacji na jednym akumulatorze powyżej 200 defibrylacji x200J – 1pkt |
| 9 | Ciężar defibrylatora poniżej 10 kg | Tak/podać |  |
| 10 | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. | Tak |  |
| 11 | Norma IP min 44 | Tak |  |
| 12 | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | Podać |  |
| 13 | Defibrylacja w trybie ręcznym i AED | Podać |  |
| 14 | Metronom reanimacyjny z możliwością ustawień rytmu częstości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | Tak/Nie/Podać | Tak = 1Nie = 0 |
| 15 | Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 5 do 200 J | Tak/Podać | do 200J = 0do 360J = 1 |
| 16 | Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 20. | Tak/Podać | Do 24 poziomów = 0Powyżej 24 poziomów = 1 |
| 17 | Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta | Tak |  |
| 18 | Defibrylacja przez łyżki twarde mocowane bezpośrednio w obudowie defibrylatora i elektrody naklejane transparentne w RTG, w wyposażeniu łyżki dziecięce | Tak |  |
| 19 | Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie | Tak |  |
|  | Mocowanie łyżek twardych bezpośrednio w obudowie urządzenia | Tak |  |
| 20 | Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie | Tak |  |
| 21 | Częstość stymulacji min. 40-150 impulsów/minutę | Tak/Podać | Powyżej 150 impulsów- 1 pkt |
| 22 | Regulacja prądu stymulacji min. 0-140 mA | Tak/Podać | Powyżej 150mA- 1 pktPoniżej 150mA – 0pkt |
| 23 | Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG | Tak |  |
| 24 | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta | Tak |  |
| 25 | Alarmy częstości akcji serca | Tak |  |
| 26 | Zakres pomiaru tętna od 30-300 u/min | Tak/Podać | Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min- 2 pkt |
| 27 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. Od 0,25 do 4cm/Mv | Tak/Podać | Zakres do 6 poziomów – 0pktZakres powyżej 6 poziomów – 1pkt |
| 28 | Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie | Tak/Podać |  |
| 29 | Ekran kolorowy o przekątnej 6,5”. | Tak/Podać | Powyżej 8”- 1 pktPoniżej 8” – 0 pkt |
| 30 | Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 70mm. | Tak/Podać |  |
| 31 | Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | Tak |  |
| 32 | Transmisji danych przez modem do stacji odbiorczych | Tak |  |
| 33 | Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips dla dorosłych i dzieci | Tak |  |
|  | **moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips dla dorosłych i dzieci- dla 1 sztuki urządzenia** | Tak |  |
| 34 | Możliwość rozbudowy o moduł nieinwazyjnego pomiaru stężenia methemoglobiny i karboksyhemoglobiny za pomocą czujnika typu klips | Tak |  |
|  | **moduł nieinwazyjnego pomiaru stężenia methemoglobiny i karboksyhemoglobiny za pomocą czujnika typu klips- dla 1 sztuki urządzenia** | Tak |  |
| 35 | Możliwość rozbudowy o moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych. | Tak |  |
|  | **moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych.- dla 2 sztuki** | Tak |  |
| 36 | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracja bez udziału użytkownika | Tak |  |
|  |  **moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracja bez udziału użytkownika- dla 1 sztuki** | Tak |  |
| 37 | Możliwość rozbudowy o moduł IBP | Tak |  |
| 38 | Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru temperatury | Tak |  |
| 39 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak/Podać | 24 miesiące – 0pkt36 miesięcy – 1pkt48 miesięcy – 2pkt |

Oświadczam, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, niegenerowane, ni e demonstracyjne kompletne, kompatybilne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi.

***UWAGA:***

1. Wszystkie parametry graniczne oraz zaznaczone “Tak/podać” w powyższej tabeli są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust.1 pkt 2 ustawy Pzp.

2. Wykonawca zobowiązany jest do podania wartości parametrów w jednostkach fizycznych wskazanych w powyższej tabelce.

3. Wszystkie zaoferowane parametry i wartości podane w zestawieniu musza dotyczyć oferowanej konfiguracji.

4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta w przypadku niezgodności lub niewiarygodności zaoferowanych parametrów.

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

 *pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentowania podmiotu*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS / PARAMETRY WYMAGANE „D2”: 7 sztuk** | Parametry wymagane | **Parametry oferowane****/podać zakresy lub opisać** |
| 1 | **Oferent / Producent** | Podać |  |
| 2 | **Nazwa i typ** | Podać |  |
| 3 | **Kraj pochodzenia** | Podać |  |
| 4 | **Rok produkcji 2017/2018** | Podać | Rok 2018- 2 pkt |
| 5 | Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa | Tak |  |
| 6 | Defibrylacja ręczna i tryb AED | Tak |  |
| 7 | Metronom z możliwością ustawień rytmu częstotliwości uciśnięć dla pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych, oraz dla dorosłych i dzieci. | Tak/Nie/podać | Tak = 1pktNie = 0pkt |
| 8 | Urządzenie wyposażone w trybie AED w algorytm wykrywający ruch pacjenta | Tak |  |
| 9 | Zakres wyboru energii w J min. 2-200 J w trybie manualnym | Tak/podać | Do 360J – 1pktDo 200J – 0pkt |
| 10 | Zakres wyboru energii w J min.150J-200J w trybie AED | Tak/podać | Do 360J – 1pktDo 200J – 0pkt |
| 11 | Ilość stopni dostępności energii zewnętrznej minimum 20 | Tak/podać | 24 i więcej- 1 pkt |
| 12 | Czas ładowania do energii 200 J poniżej 7 s | Tak/Podać | Czas ładowania do 5s – 1pktCzas ładowania powyżej 5s – 0pkt |
| 13 | Ekran monitora kolorowy | Podać |  |
| 14 | Przekątna ekranu monitora minimum 5 cali | Tak/Podać | Powyżej 5”- 1 pkt |
| 15 | Zasilanie sieciowo – akumulatorowe | Tak |  |
| 16 | Możliwość wykonania kardiowersji | Tak |  |
| 17 | Ciężar defibrylatora wraz z akumulatorem | Tak/Podać | Ciężar powyżej 6 kg – 0pktCiężar poniżej 6 kg – 1 pkt |
| 18 | Możliwość defibrylacji dorosłych i dzieci | Tak |  |
| 19 | Wydruk zapisu na papierze o szerokości min 50mm | Tak/podać |  |
| 20 | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności manualnego włączania urządzenia w trybie pracy akumulatorowej oraz z zasilania zewnętrznego 230V | Tak |  |
| 21 | Monitorowanie EKG - przewody dla 3 odprowadzeń | Tak |  |
| 22 | Zakres pomiaru tętna min. 30-300 u/min | Tak/podać | Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min- 2 pkt |
| 23 | Zakres wzmocnienia sygnału EKG od 0,25 do 4 cm/mV | Tak/podać | Zakres do 6 poziomów – 0pktZakres powyżej 6 poziomów – 1pkt |
| 24 | Możliwość wykonania stymulacji w trybach „na żądanie” i asynchronicznym przez elektrody defibrylacyjno-stymulacyjne radiotransparentne- | Tak |  |
| 25 | Częstotliwość stymulacji w zakresie min. 40-170 imp/min  | Tak |  |
| 26 | Natężenie pradu stymulacji w zakresie co najmniej 10-140 mA- | Tak/podać | Zakres szerszy niż 10-150mA – 1pktZakres węższy niż 10 -150mA – 0 pkt  |
| 27 | Pomiar saturacji krwi tetniczej przez czujnik wielorazowy typu klips w zakresie od 1 do 100% w technologii cyfrowej eliminacji zakłóceń | Tak |  |
| 28 | Możliwość obserwacji krzywej pletyzmograficznej na ekranie | Tak |  |
| 29 | Możliwość rozbudowy o moduł EtCO2 z obserwacją krzywej EtCO2 na ekranie. | Tak |  |
| 30 | Możliwość rozbudowy o dedykowany fabryczny moduł WIFI | Tak |  |
| 31 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak/Podać | 24 miesiące – 0pkt36 miesięcy – 1pkt48 miesięcy – 2pkt |

Oświadczam, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, niegenerowane, ni e demonstracyjne kompletne, kompatybilne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi.

***UWAGA:***

1. Wszystkie parametry graniczne oraz zaznaczone “Tak/podać” w powyższej tabeli są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty na podstawie art. 89 ust.1 pkt 2 ustawy Pzp.

2. Wykonawca zobowiązany jest do podania wartości parametrów w jednostkach fizycznych wskazanych w powyższej tabelce.

3. Wszystkie zaoferowane parametry i wartości podane w zestawieniu musza dotyczyć oferowanej konfiguracji.

4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta w przypadku niezgodności lub niewiarygodności zaoferowanych parametrów.

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

 *pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

 *reprezentowania podmiotu*

Pozostałe zapisy SIWZ pozostają bez zmian.