

Formularz parametrów wymaganych

DANE OGÓLNE

NAZWA

.....

TYP/ MODEL.....NR KATALOGOWY.....

ROK PRODUKCJI.....

KRAJ PRODUKCJI.....

WYKONAWCA/PRODUCENT.....

Defibrylator

Lp.	Parametr wymagany	TAK/NIE*	Parametr oferowany*
1	Aparat przenośny z torbą transportową i uchwytem karetkowym	TAK	
2	Zasilanie akumulatorowe z baterii bez efektu pamięci	TAK	
3	Ładowanie akumulatorów z sieci 230 V AC lub 12V DC – ładowarka dwustanowiskowa	TAK	
4	Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J	TAK	
5	Ciężar defibrylatora w kg poniżej 10kg	TAK	
6	Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia.	TAK	
7	Norma IP min 44	TAK	
8	Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna	TAK	
9	Defibrylacja w trybie ręcznym i AED	TAK	
11	Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii minimum od 2 do 360 J	TAK	
12	Dostępne poziomy energii zewnętrznej – minimum 25.	TAK	
13	Automatyczna regulacja parametrów defibrylacji z uwzględnieniem impedancji ciała pacjenta	TAK	
14	Defibrylacja przez łyżki twarde mocowane w obudowie defibrylatora i elektrody naklejane transparentne w RTG, w wyposażeniu łyżki	TAK	

Załącznik nr 2 nr SPZOZ/ZAP/124/2020

	dziecięce		
15	Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie. Mocowanie łyżek twardej bezpośrednio w obudowie urządzenia.	TAK	
16	Stymulacja przezskórna w trybie sztywnym i na żądanie	TAK	
17	Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę	TAK	
18	Regulacja prądu stymulacji min. 0-200 mA	TAK	
19	Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG	TAK	
20	Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta	TAK	
21	Alarmy częstości akcji serca	TAK	
22	Zakres pomiaru tętna od 20-300 u/min	TAK	
23	Zakres wzmocnienia sygnału EKG. Od 0,25 do 4cm/Mv, 8 poziomów wzmocnienia.	TAK	
24	Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie	TAK	
25	Ekran kolorowy o przekątnej minimum 8”.	TAK	
26	Wydruk EKG na papierze o szerokości minimum 100mm.	TAK	
27	Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych	TAK	
28	Transmisja danych przez modem do stacji odbiorczych	TAK	
29	Moduł pomiaru SpO2 w zakresie 50-100% z czujnikiem typu klips dla dorosłych	TAK	

Załącznik nr 2 nr SPZOZ/ZAP/124/2020

30	Możliwość rozbudowy o moduł nieinwazyjnego pomiaru stężenia methemoglobiny i karboksyhemoglobiny za pomocą czujnika typu klips	TAK	
31	Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych.	TAK	
32	Moduł ciśnienia nieinwazyjnego NIBP z mankietem dla dorosłych	TAK	
33	Moduł EtCO2 z zakresem pomiaru min od 0 do 99 mmHg, z automatyczną kalibracją bez udziału użytkownika. -Możliwość rozbudowy o moduł IBP -Możliwość rozbudowy o moduł pomiaru temperatury	TAK	
34	Urządzenie nowe, nie powystawowe, rok produkcji 2020	TAK	

....., dnia2020 r.
miejsowość

.....
podpis, pieczęć osoby upoważnionej

Załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/ZAP/124/2020

Załącznik nr 2 do SPZOZ/ZAP/124/2020 FORMULARZ CENOWY-								
Lp	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.	Defibrylator	szt.	1					
	Razem							

....., dnia2020 r.
miejsowość

.....
podpis, pieczętka osoby upoważnionej