*Załącznik nr 1 do Zapytania o wycenę – „Szczegółowy opis planowanego zamówienia***”**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PLANOWANEGO ZAMÓWIENIA**

1. **Przedmiot planowanego zamówienia:**
2. Przedmiotem planowanego zamówienia jest dostawa, wraz z przeniesieniem własności na rzecz Zamawiającego, sprzętu medycznego (dalej: Sprzęt medyczny) stanowiącego wyposażenie uzupełniające zestawów intensywnej terapii do powietrznej ewakuacji medycznej oraz zestawów do powietrznej ewakuacji medycznej, wg wykazu i liczby jak niżej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | Sprzęt medyczny | Liczba do zakupu |
| 1 | Aparat do diagnostyki laboratoryjnej Point-of-care | 2 szt. |
| 2 | Materac próżniowy | 8 szt. |
| 3 | Śpiwór bakteriostatyczny | 25 szt. |
| 4 | Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej | 2 szt. |
| 5 | Ultrasonograf przenośny | 2 szt. |

1. Parametry techniczne Sprzętu medycznego zostały określone w Rozdziale II poniżej.
2. Mając na uwadze charakter Sprzętu medycznego stanowiącego uzupełnienie zestawów intensywnej terapii do powietrznej ewakuacji medycznej oraz zestawów do powietrznej ewakuacji medycznej (dalej łącznie: Wyposażenie podstawowe do powietrznej ewakuacji medycznej), w celu zapewnienia pełnej kompatybilności Sprzętu medycznego i Wyposażenia podstawowego do powietrznej ewakuacji medycznej, Zamawiający załącza opis Wyposażenia podstawowego do powietrznej ewakuacji medycznej.
3. **Parametry techniczne Sprzętu medycznego:**
4. **Przenośny aparat do diagnostyki laboratoryjnej Point-of-care** **– 2 sztuki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przenośny aparat do diagnostyki laboratoryjnej** | | |
| LP | Opis przedmiotu zamówienia | Spełnia Tak/Nie |
| 1.1 | Urządzenie przeznaczone do wykonywania badań laboratoryjnych – analizy krwi przy łóżku pacjenta. |  |
| 1.2 | Zakres pomiarów: |  |
| 1.2.1 | Badanie gazometryczne krwi ( w tym pH, pO2, pCO2, BE, HCO3). |  |
| 1.2.2 | Badanie poziomu elektrolitów (w tym sód, potas). |  |
| 1.2.3 | Badanie poziomu hemoglobiny. |  |
| 1.2.4 | Badanie poziomu glukozy. |  |
| 1.3 | Waga zestawu niezbędnego do wykonania badania nie więcej niż 1 kg. |  |
| 1.4 | Wymiar urządzenia nie więcej niż 25 cm x 8 cm x 9 cm. |  |
| 1.5 | Minimalna liczba badań na jednej baterii nie mniej niż 40. |  |
| 1.6 | Urządzenie dopuszczone do pracy na wysokości 8000 stóp (około 2438 metrów). |  |
| 1.7 | Kaseta / karta testowa może być przechowywana w temperaturze pokojowej (15 – 25 stopni Celsjusza) do czasu jej zdatności do użycia. |  |
| 1.8 | Praca w zakresie temperatur nie węższym niż między 15oC a 30oC. |  |
| 1.9 | Urządzenie skonfigurowane i przygotowane do pracy. |  |
| Zasilanie | | |
| 1.10 | Własne źródło zasilania (akumulator/bateria). |  |
| 1.11 | Zasilanie zewnętrzne z sieci 230 V. |  |
| Wyposażenie | | |
| 1.12 | Kasety / karty do wykonania badań opisanych w punktach 1.2 – 1.2.4 w ilości 50 szt. |  |
| 1.12.1 | Termin przydatności kaset / kart do użycia minimum 12 miesięcy, liczone od dnia dostarczenia zamawiającemu. |  |
| 1.13 | Zasilacz sieciowy z przewodem zasilającym 230 V z wtyczką CEE 7/7 bądź kompatybilną – 1 szt. |  |
| 1.14 | Etui ochronne. |  |
| 1.15 | Inne elementy konieczne do funkcjonowania urządzenia nie wymienione powyżej (np. kaseta / karta do testowania, płyny kalibracyjne, itp.). |  |
| Serwis | | |
| 1.16 | Autoryzowany przez producenta serwis gwarancyjny na terenie Polski. |  |
| 1.17 | Przeglądy gwarancyjne zgodne z wymogami i zaleceniami producenta, instrukcją użytkowania i instrukcją serwisową. |  |
| 1.17.1 | Przeglądy bezpłatne. |  |
| 1.17.2 | Przeglądy obejmujące dojazd lub przesłanie urządzenia do serwisu, robociznę oraz części zamienne, materiały eksploatacyjne. |  |
| 1.18 | Okres ochrony gwarancyjnej: nie krótszy niż do dnia 31.08.2026 r. |  |
| 1.19 | Serwis pogwarancyjny (przeglądy oraz usuwanie usterek) na terenie Polski. |  |
| Dokumenty (dostarczenie do Zamawiającego) | | |
| 1.20 | Instrukcja obsługi urządzenia medycznego w języku polskim. |  |
| 1.21 | Deklaracja zgodności (oświadczenie wytwórcy lub jego autoryzowanego przedstawiciela, stwierdzające na jego wyłączną odpowiedzialność, że wyrób jest zgodny z wymaganiami zasadniczymi). |  |
| 1.22 | Certyfikat zgodności (wydany przez jednostkę notyfikowaną w celu oznaczenia znakiem CE). |  |
| 1.23 | Paszport techniczny dla każdego urządzenia oddzielnie. |  |
| 1.24 | Karta gwarancyjna producenta dla każdego urządzenia oddzielnie, zawierająca  w szczególności: |  |
| 1.24.1 | Warunki gwarancji wraz z procedurami zgłaszania awarii. |  |
| 1.25 | Wykaz autoryzowanych serwisów świadczących usługi gwarancyjne (nazwa firmy, adres, nr telefonu, adres poczty elektronicznej, osoba do kontaktu). |  |
| Szkolenie | | |
| 1.26 | Szkolenie dla wybranych przedstawicieli Zamawiającego (od 2 do 5 osób)  z użytkowania urządzenia we wspólnie ustalonym dniu w Warszawie. |  |

1. **Materac próżniowy – 8 sztuk:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Materac próżniowy** | | |
| LP | Opis przedmiotu zamówienia | Spełnia tak/Nie |
| 2.1 | Materac podciśnieniowy przeznaczony do transportu osób dorosłych  z podejrzeniem urazów kręgosłupa, miednicy i urazów wielonarządowych. |  |
| 2.2 | Dopasowujący się do naturalnych krzywizn pacjenta. |  |
| 2.3 | Bez możliwości przesuwania się granulatu po całym materacu. |  |
| 2.4 | Zbudowany z materiału, który nie absorbuje wody, krwi, wydzielin, płynów. |  |
| 2.5 | Łatwy w zmywaniu, czyszczeniu, dezynfekcji, odporny na smary i substancje ropopochodne oraz przetarcia i zmiany temperatury. |  |
| 2.6 | Wyposażony w dodatkową wzmocnioną podłogę. |  |
| 2.7 | Możliwa diagnostyka RTG. |  |
| 2.8 | Minimum 3 pasy zabezpieczające pacjenta. |  |
| 2.9 | Wzmocnione uchwyty lub rączki do transportu w ilości minimum 4 szt. |  |
| 2.10 | Waga całego zestawu nie więcej niż 10 kg. |  |
| 2.11 | Wymiary (w cm) nie mniej niż 100x210. |  |
| Wyposażenie dodatkowe: | | |
| 2.12 | Torba transportowa. |  |
| 2.13 | Pompka. |  |
| 2.14 | Zestaw naprawczy do materaca. |  |
| Serwis | | |
| 2.15 | Autoryzowany przez producenta serwis gwarancyjny na terenie Polski. |  |
| 2.16 | Przeglądy gwarancyjne zgodne z wymogami i zaleceniami producenta, instrukcją użytkowania i instrukcją serwisową. |  |
| 2.16.1 | Przeglądy bezpłatne. |  |
| 2.16.2 | Przeglądy obejmujące dojazd lub przesłanie urządzenia do serwisu, robociznę oraz części zamienne, materiały eksploatacyjne.. |  |
| 2.17 | Okres ochrony gwarancyjnej: nie krótszy niż do dnia 31.08.2026 r. |  |
| 2.18 | Serwis pogwarancyjny (przeglądy oraz usuwanie usterek) na terenie Polski. |  |
| Dokumenty (dostarczenie do zamawiającego) | | |
| 2.20 | Instrukcja obsługi urządzenia medycznego w języku polskim. |  |
| 2.21 | Deklaracja zgodności (oświadczenie wytwórcy lub jego autoryzowanego przedstawiciela, stwierdzające na jego wyłączną odpowiedzialność, że wyrób jest zgodny z wymaganiami zasadniczymi). |  |
| 2.22 | Certyfikat zgodności (wydany przez jednostkę notyfikowaną w celu oznaczenia znakiem CE). |  |
| 2.23 | Paszport techniczny dla każdego urządzenia oddzielnie. |  |
| 2.24 | Karta gwarancyjna producenta dla każdego urządzenia oddzielnie, zawierająca w szczególności: |  |
| 2.24.1 | Warunki gwarancji wraz z procedurami zgłaszania awarii. |  |
| 2.25 | Wykaz autoryzowanych serwisów świadczących usługi gwarancyjne (nazwa firmy, adres, nr telefonu, adres poczty elektronicznej, osoba do kontaktu). |  |

1. **Śpiwór bakteriostatyczny – 25 sztuk:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Śpiwór** **bakteriostatyczny** | | |
| LP | Przedmiot zamówienia | Spełnia tak/Nie |
| 3.1 | Śpiwór zapewniający ochronę termiczną pacjenta. |  |
| 3.2 | Wykonany z materiału bakteriostatycznego, odpornego na działanie i nie absorbującego wody, krwi i substancji ropopochodnych. |  |
| 3.3 | Łatwy dostęp do kończyn górnych, klatki piersiowej pacjenta bez konieczności odkrywania pacjenta. |  |
| 3.4 | Zapinany na suwak lub taśmę typu rzep. |  |
| 3.5 | Łatwy w czyszczeniu, odporny na działanie środków chemicznych. |  |
| 3.6 | Możliwość prania wodnego lub oraz szybkiej dezynfekcji dostępnymi środkami do dezynfekcji. |  |
| 3.7 | Wymiary po rozłożeniu w granicach: |  |
| 3.7.1 | Długość 200-250 cm. |  |
| 3.7.2 | Szerokość 140-200 cm. |  |
| 3.8 | Masa maksymalnie 3 kg. |  |
| Serwis | | |
| 3.9 | Okres ochrony gwarancyjnej: nie krótszy niż do dnia 31.08.2026 r. |  |
| Dokumenty (dostarczenie do zamawiającego) | | |
| 3.10 | Instrukcja obsługi śpiwora wraz z procedurą prania, w języku polskim. |  |
| 3.11 | Deklaracja zgodności (oświadczenie wytwórcy lub jego autoryzowanego przedstawiciela, stwierdzające na jego wyłączną odpowiedzialność, że wyrób jest zgodny z wymaganiami zasadniczymi). |  |
| 3.12 | Certyfikat zgodności (wydany przez jednostkę notyfikowaną w celu oznaczenia znakiem CE). |  |
| 3.13 | Paszport techniczny dla każdego śpiwora oddzielnie. |  |
| 3.14 | Karta gwarancyjna producenta dla każdego śpiwora oddzielnie, zawierająca  w szczególności: |  |
| 3.14.1 | Warunki gwarancji wraz z procedurami zgłaszania awarii. |  |

1. **Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej – 2 sztuki:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej** | | |
| LP | Opis przedmiotu zamówienia | Spełnia Tak/Nie |
| 4.1 | Urządzenie zapewnia mechaniczną kompresję klatki piersiowej również w trakcie transportu lotniczego. |  |
| 4.2 | Podczas transportu urządzenie nie przerywa pracy przy przechyleniu / pochyleniu. |  |
| 4.3 | Warunki pracy: |  |
| 4.3.1 | Temperatura: zakres minimum od 0 °C do +40 °C |  |
| 4.3.2 | Wilgotność względna, bez kondensacji: zakres minimum od 15 do 90%. |  |
| 4.4 | Stopień ochrony przed czynnikami zewnętrznymi: minimum IP 43. |  |
| 4.5 | Urządzenie może pracować podczas naklejania elektrod terapeutycznych. |  |
| 4.6 | Wykonanie defibrylacji pacjenta bez konieczności zdejmowania urządzenia  z pacjenta. |  |
| 4.7 | Uciśnięcia klatki piersiowej za pomocą mechanicznego tłoka lub ssawki. |  |
| 4.8 | Cykl pracy: 50% kompresja/ 50% dekompresja. |  |
| 4.9 | Aktywna relaksacja klatki piersiowej. |  |
| 4.10 | Częstość kompresji zawarta w zakresie 100-120 uciśnięć na minutę. |  |
| 4.11 | Głębokość kompresji: w zakresie 5-6 cm. |  |
| 4.12 | Tryby pracy: |  |
| 4.12.1 | Ciągły. |  |
| 4.12.2 | Ucisk – wentylacja. |  |
| 4.13 | Urządzenie automatycznie dopasowuje siłę uciśnięć do podatności klatki piersiowej. |  |
| 4.14 | Automatyczny test prawidłowości funkcjonowania urządzenia po włączeniu. |  |
| 4.15 | Alarmy świetlne i/lub dźwiękowe minimum: |  |
| 4.15.1 | Niskiego poziomu naładowania akumulatora. |  |
| 4.15.2 | Rozładowania akumulatora. |  |
| 4.16 | Wymiary opakowania transportowego wraz z urządzeniem i akcesoriami: |  |
| 4.16.1 | Nie więcej niż 24 x 40 x 80 cm. |  |
| 4.16.2 | Tolerancja wymiarów +5 cm. |  |
| 4.17 | Masa urządzenia wraz z torbą/plecakiem i akcesoriami – nie więcej niż 11 kg. |  |
| Zasilanie | | |
| 4.18 | Działanie urządzenia w pełni elektryczne. |  |
| 4.19 | Własne źródło zasilania (akumulator/bateria). |  |
| 4.19.1 | Czas pracy z własnego zasilania minimum 45 min. |  |
| 4.20 | Zasilanie zewnętrzne: |  |
| 4.20.1 | Zasilanie w przedziale 12-28 V. |  |
| 4.20.2 | Zasilanie w przedziale 110-240 V. |  |
| 4.21 | Ładowanie urządzenia bez otwierania/wyjmowania go z torby/plecaka wraz z widocznym wskaźnikiem stanu naładowania akumulatora. |  |
| 4.22 | Automatyczne doładowywanie akumulatora w urządzeniu podczas jego pracy (wykonywanie RKO) z zewnętrznego źródła zasilania. |  |
| Wyposażenie | | |
| 4.23 | Akumulator – 2 szt. |  |
| 4.24 | Przewód zasilający 24 V z wtyczką zapalniczkową uniwersalną – 1 szt. |  |
| 4.25 | Zasilacz sieciowy z przewodem zasilającym 230 V – 1 szt. |  |
| 4.26 | Stacjonarne urządzenie do ładowania akumulatorów – 1 szt. |  |
| 4.27 | Deska pod plecy z pasami do jej stabilizacji – 1 komplet. |  |
| 4.28 | Jednorazowe elementy bezpośredniego kontaktu z pacjentem przy masażu –  24 szt. |  |
| 4.29 | Torba transportowa/plecak – 1 szt. |  |
| Serwis | | |
| 4.30 | Autoryzowany przez producenta serwis gwarancyjny na terenie Polski. |  |
| 4.31 | Przeglądy gwarancyjne zgodne z wymogami i zaleceniami producenta, instrukcją użytkowania i instrukcją serwisową. |  |
| 4.31.1 | Przeglądy bezpłatne. |  |
| 4.31.2 | Przeglądy obejmujące dojazd lub przesłanie urządzenia do serwisu, robociznę oraz części zamienne, materiały eksploatacyjne. |  |
| 4.32 | Okres ochrony gwarancyjnej: nie krótszy niż do dnia 31.08.2026 r. |  |
| 4.33 | Serwis pogwarancyjny (przeglądy oraz usuwanie usterek) na terenie Polski. |  |
| Dokumenty (dostarczenie do Zamawiającego) | | |
| 4.34 | Instrukcja obsługi urządzenia medycznego w języku polskim. |  |
| 4.35 | Deklaracja zgodności (oświadczenie wytwórcy lub jego autoryzowanego przedstawiciela, stwierdzające na jego wyłączną odpowiedzialność, że wyrób jest zgodny z wymaganiami zasadniczymi). |  |
| 4.36 | Certyfikat zgodności (wydany przez jednostkę notyfikowaną w celu oznaczenia znakiem CE). |  |
| 4.37 | Paszport techniczny dla każdego urządzenia oddzielnie. |  |
| 4.38 | Karta gwarancyjna dla każdego urządzenia oddzielnie, zawierająca  w szczególności: |  |
| 4.38.1 | Warunki gwarancji wraz z procedurami zgłaszania awarii. |  |
| 4.39 | Wykaz autoryzowanych serwisów świadczących usługi gwarancyjne (nazwa firmy, adres, nr telefonu, adres poczty elektronicznej, osoba do kontaktu). |  |
| Szkolenie | | |
| 4.40 | Szkolenie dla wybranych przedstawicieli Zamawiającego (od 2 do 5 osób)  z użytkowania urządzenia we wspólnie ustalonym dniu w Warszawie. |  |

1. **Ultrasonograf przenośny – 2 sztuki:**

Ultrasonograf przenośny składa się z głowicy ultrasonograficznej uniwersalnej, urządzenia do wyświetlania obrazu (smartfonu lub tabletu) rekomendowanego do głowicy oraz niezbędnego wyposażenia do funkcjonowania zestawu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ultrasonograf przenośny ze zintegrowaną głowicą wielofunkcyjną  i urządzeniem do wyświetlania obrazu (zestaw)** | | |
| LP | Opis przedmiotu zamówienia | Spełnia Tak/Nie |
| 5.1 | Urządzenie musi zapewniać możliwość wykonania jak największej ilości różnego rodzaju obrazowania przy jak najmniejszej ilości dodatkowych akcesoriów. |  |
| 5.2 | Zakres zastosowań minimum: |  |
| 5.2.1 | Ocena kurczliwości, ocena wielkości jam serca, obecność płynu w osierdziu. |  |
| 5.2.2 | Ocena rozmiaru aorty brzusznej, obecność płynu w jamie otrzewnowej. |  |
| 5.2.3 | Ocena płodu. |  |
| 5.2.4 | Ocena i kaniulacja naczyń tętniczych i żył. |  |
| 5.2.5 | Przy blokadzie nerwów obwodowych w znieczuleniu miejscowym. |  |
| 5.3 | Tryby obrazowania minimum: |  |
| 5.3.1 | B-Mode czarno-biały. |  |
| 5.3.2 | Doppler kolorowy. |  |
| 5.3.3 | Łączony. |  |
| 5.4 | Głowica bezprzewodowa, dwu obrazowa: |  |
| 5.4.1 | Głowica liniowa: |  |
| 5.4.1.1 | Zakres częstotliwości pracy: minimum 5 - 12 MHz. |  |
| 5.4.1.2 | Liczba elementów w głowicy: minimum 128. |  |
| 5.4.1.3 | Głębokość obrazowania: do minimum 8 cm. |  |
| 5.4.2 | Głowica convex: |  |
| 5.4.2.1 | Zakres częstotliwości pracy: minimum 2 - 5 MHz. |  |
| 5.4.2.1 | Liczba elementów w głowicy: minimum 128. |  |
| 5.4.2.2 | Głębokość obrazowania: do minimum 24 cm. |  |
| 5.5 | Masa głowicy 200 gram (+/- 10 gram). |  |
| 5.6 | Stopień ochrony przed czynnikami zewnętrznymi: IP 67. |  |
| 5.7 | Komunikacja między głowicą a urządzeniem do wyświetlania obrazu bezprzewodowa. |  |
| 5.8 | Urządzenie do wyświetlania obrazu posiada: |  |
| 5.8.1 | System operacyjny do współpracy z głowicą nie mniejszy niż Android 13. |  |
| 5.8.2 | Wyświetlacz: |  |
| 5.8.2.1 | Przekątna ekranu: nie mniej niż 6,6' nie więcej niż 6,9'. |  |
| 5.8.2.2 | Rozdzielczość ekranu: minimum 2400x1080. |  |
| 5.8.2.3 | Odświeżanie ekranu: minimum 120 Hz. |  |
| 5.8.3 | Częstotliwość procesora: minimum 2,80 GHz. |  |
| 5.8.4 | Pamięć RAM: minimum 8 GB. |  |
| 5.8.5 | Pamięć ROM: minimum 128 GB. |  |
| 5.8.6 | Waga urządzenia: nie więcej niż 230 gram. |  |
| 5.8.7 | Transmisja danych: 5G. |  |
| 5.8.8 | Stopień ochrony przed czynnikami zewnętrznymi: nie mniej niż IP 68. |  |
| 5.9 | Aplikacja do obsługi i wyświetlania obrazu ma zapewnić przechowywanie badań w pamięci urządzenia do wyświetlania obrazu: |  |
| 5.9.1 | Do minimum 500 badań. |  |
| 5.9.2 | Możliwość wpisania danych pacjenta. |  |
| 5.9.3 | Zaszyfrowana baza danych na urządzeniu do wyświetlania obrazu: |  |
| 5.9.3.1 | Podczas przechowywania. |  |
| 5.9.3.2 | Podczas transferu. |  |
| 5.9.4 | Zapis badań w formacie: |  |
| 5.9.4.1 | jpg dla obrazów. |  |
| 5.9.4.2 | mp4 dla filmów. |  |
| Zasilanie głowicy | | |
| 5.10 | Własne źródło zasilania (akumulator/bateria). |  |
| 510.1 | Czas pracy minimum 40 minut. |  |
| 5.10.2 | Czas ładowania do 100% maksimum 90 minut. |  |
| 5.10.3 | Ładowanie indukcyjne. |  |
| Zasilanie urządzenia do wyświetlania obrazu | | |
| 5.11 | Własne źródło zasilania (bateria). |  |
| 5.11.1 | Pojemność: minimum 4000 mAh. |  |
| 5.11.2 | Czas pracy minimum 8 godzin. |  |
| 5.11.3 | Ładowanie przewodowe USB typu C. |  |
| 5.11.4 | Ładowanie bezprzewodowe. |  |
| Wyposażenie | | |
| 5.12 | Ładowarka indukcyjna do głowicy. |  |
| 5.13 | Ładowarka sieciowa dla urządzenia do wyświetlania obrazu. |  |
| 5.14 | Etui/futerał ochronny do głowicy. |  |
| 5.15 | Etui na urządzenie do wyświetlania obrazu. |  |
| 5.16 | Szybka ochronna lub folia ochronna. |  |
| 5.17 | Torba ochronna na zestaw. |  |
| 5.18 | Elementy niezbędne do funkcjonowania zestawy nie wymienione powyżej. |  |
| Serwis | | |
| 5.19 | Autoryzowany przez producenta serwis gwarancyjny na terenie Polski. |  |
| 5.20 | Przeglądy gwarancyjne zgodne z wymogami i zaleceniami producenta, instrukcją użytkowania i instrukcją serwisową. |  |
| 5.20.1 | Przeglądy bezpłatne. |  |
| 5.20.2 | Przeglądy obejmujące dojazd lub przesłanie urządzenia do serwisu, robociznę oraz części zamienne, materiały eksploatacyjne. |  |
| 5.21 | Okres ochrony gwarancyjnej: nie krótszy niż do dnia 31.08.2026 r. |  |
| 5.22 | Serwis pogwarancyjny (przeglądy oraz usuwanie usterek) na terenie Polski. |  |
| Dokumenty (dostarczenie do Zamawiającego) | | |
| 5.23 | Instrukcja obsługi urządzenia medycznego w języku polskim. |  |
| 5.23 | Deklaracja zgodności (oświadczenie wytwórcy lub jego autoryzowanego przedstawiciela, stwierdzające na jego wyłączną odpowiedzialność, że wyrób jest zgodny z wymaganiami zasadniczymi). |  |
| 5.24 | Certyfikat zgodności (wydany przez jednostkę notyfikowaną w celu oznaczenia znakiem CE). |  |
| 5.25 | Paszport techniczny dla każdego urządzenia oddzielnie. |  |
| 5.26 | Karta gwarancyjna dla każdego urządzenia oddzielnie, zawierająca  w szczególności: |  |
| 5.26.1 | Warunki gwarancji wraz z procedurami zgłaszania awarii. |  |
| 5.27 | Wykaz autoryzowanych serwisów świadczących usługi gwarancyjne (nazwa firmy, adres, nr telefonu, adres poczty elektronicznej, osoba do kontaktu). |  |
| Szkolenie | | |
| 5.28 | Szkolenie dla wybranych przedstawicieli Zamawiającego (od 2 do 5 osób)  z użytkowania urządzenia we wspólnie ustalonym dniu w Warszawie. |  |

1. **Wymogi wynikające ze sposobu finansowania:**
   1. Przedmiot planowanego zamówienia jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach **Unijnego Mechanizmu Ochrony Ludności na potrzeby realizacji Projektu pn. „Development and maintenance of rescuEU transport and Logistics capacities in Poland**”, numer projektu: 101105145 (dalej: Dofinansowanie).
   2. W związku z Dofinansowaniem przedmiotu planowanego zamówienia, Zamawiający wymaga trwałego i widocznego oznakowania Sprzętu medycznego, opakowania oraz (jeśli dotyczy) opakowania zbiorczego, logotypem flagi Unii Europejskiej wraz z oświadczeniem o sposobie finansowania: „Funded by the European Union”, według jednego z poniższych wzorów, z zastrzeżeniem konieczności zachowania proporcji logotypu i oświadczenia o sposobie finansowania względem siebie, konieczności zachowania proporcji logotypu i oświadczenia o sposobie finansowania względem Sprzętu medycznego / opakowania / opakowania zbiorczego – wyraźna widoczność oznaczenia, konieczności zachowania kolorystyki logotypu i oświadczenia o sposobie finansowania (zgodność ze wzorem).

Obraz zawierający tekst, Czcionka, Jaskrawoniebieski, zrzut ekranu

Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna.lub

Obraz zawierający tekst, zrzut ekranu, Czcionka, logo

Zawartość wygenerowana przez AI może być niepoprawna.

Zamawiający dopuszcza oznakowanie z wykorzystaniem naklejek, nalepek i im podobnych materiałów, jeśli zapewniają one trwałe związanie z oznaczanym elementem.

*Załącznik:*

1. *Opis Wyposażenia podstawowego do powietrznej ewakuacji medycznej.*