*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).

lub



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.*