**Załącznik nr III D do SIWZ –**

**Zestawienie parametrów technicznych podlegających ocenie – Zadanie nr I**

................................................................

(pieczęć wykonawcy)

***Dostawa symulatorów wysokiej wierności dla Centrum Symulacji Medycznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie***

 **DZ-262-18/2018**

Ja (My), niżej podpisany (ni) ...................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz :

..................................................................................................................................................

*(pełna nazwa wykonawcy)*

..................................................................................................................................................

*(adres wykonawcy)*

**Oświadczamy, że oferujemy niżej wymienione parametry techniczne podlegające ocenie:**

W zakresie Zadania nr I, poz. nr 2 (dotyczy zaawansowanego symulatora dziecka 5-8 lat)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **nr** | **Parametr podlegający ocenie** | **Oferowana wartość TAK/NIE****Opisać jeśli potrzeba** |
|  | Możliwość podsłuchiwania przez instruktora dźwięków z otoczenia symulatora z oddalenia przez mikrofon bezprzewodowy umieszczony w fantomie**„tak” – 2 pkt; „nie” – 0 pkt**  |  |
|  | Możliwość definiowania nowych leków i reakcji na ich podawanie**„tak” – 2 pkt; „nie” – 0 pkt** |  |
|  | Detekcja głębokości intubacji i rejestracja informacji w dzienniku zdarzeń**„tak” – 2 pkt; „nie” – 0 pkt** |  |
|  | Monitorowanie i rejestracja jakości uciśnięć klatki piersiowej (głębokość, częstotliwość)**„tak” – 2 pkt; „nie” – 0 pkt** |  |
|  | Możliwość ustawienia częstości drgawek**„tak” – 1 pkt; „nie” – 0 pkt** |  |
|  | Darmowe aktualizacje oprogramowania instruktorskiego sterującego symulatorem oraz symulowanego monitora pacjenta zarówno okresie gwarancji jak i po okresie gwarancji**„tak” – 1 pkt; „nie” – 0 pkt** |  |

......................................., dnia ................................

 *(miejscowość)*

...............................................................

*(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy*