7/DAM/2024

 Oznaczenie Wykonawcy

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia w trybie podstawowym, którego przedmiot obejmuje

**(nazwa postępowania)**

|  |
| --- |
| **Holter Ciśnieniowy** |
| **Cena jednostkowa** (jeśli poszczególny moduł nie obejmuje całego zamówienia, opisać) | **Ilość** [szt.] | **Wartość zamówienia netto**[zł.] | **VAT** [%] | **Wartość zamówienia brutto**[zł.] |
|  |  |  |  |  |
| **LP.** | **Opis parametrów wymaganych**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  |
| **1.1** | Producent | Podać |  |
| **1.2** | Nazwa i typ / model urządzenia | Podać |  |
| **1.3** | Kraj pochodzenia | Podać  |  |
| **1.4** | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane) | Nie starszy niż 2023 r. |  |
| **1.5** | Zamawiana ilość  | 2 sztuki |  |
| **1.6** | Gwarancja | Minimum 24 miesiące |  |
| **1.7** | Przeglądy techniczne  | Zapewnienie pełnego wsparcia technicznego na czas gwarancji, w tym przeglądy jeśli są wymagane | Podać częstotliwość przeglądów |  |
| Jeśli wymagane przeglądy, wskazanie pełnego wykazu czynności serwisowych przewidzianych dla okresu 10 lat wraz ze wskazaniem wymiany części eksploatacyjnych. | Tak |  |
| **1.8** | Szkolenie personelu z zakresu użytkowania | Tak/Nie |  |
| **1.9** | Zakres przetwarzania danych osobowych przez urządzenie  | Opisać |  |
| **1.10** | Termin dostawy | Do 30 dni od dnia podpisania umowy  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Opis wymagania** | **Wartość wymagana** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| **2.1** | Urządzenie dopuszczone na rynek medyczny. Certyfikat CE. | Tak |  |
| **2.2** | Urządzenie pomiarowe składające się z:- rejestrator- mankiet | Tak |  |
| **2.3** | Zakres pomiarowy min. | Ciśnienie skurczowe:60-260 mmHgCiśnienie rozkurczowe40-220 mmHgTętno:35-240 |  |
| **2.4** | Maksymalny okres pomiarowy min. 3 dni lub 400 pomiarów | Tak |  |
| **2.5** | Interface USB | Tak |  |
| **2.6** | Klasa odporności min. IP20 | Tak |  |
| **2.7** | Mankiet o max. ciśnieniu 300 mmHg | Tak |  |
| **2.8** | Metody pomiarowe deflacja oraz inflacja | Tak/Nie |  |
| **2.9** | Wielkość rejestratora max. 30x75x110 [mm] | Tak |  |
| **2.10** | Etui do noszenia | Tak |  |
| **2.11** | Kompatybilność z posiadanym przez Szpital oprogramowaniem CardioSoft V6 | Tak |  |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Podpis kwalifikowany lub zaufany lub osobisty*