#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

 **I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU PRZETARGU**

###### Aparat EKG- 1 szt.

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do przetargu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji nie wcześniej niż 2023. Urządzenie/a fabrycznie nowe. | Rok produkcji: Urządzenie/a fabrycznie nowe ( Tak/Nie – wpisać ):  |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia |   |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA****( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.  | *TAK(wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* |   |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). Przeglądy techniczne zaoferowanych urządzeń w zakresie i z częstością zalecaną przez producenta oraz instrukcję obsługi w czasie trwania gwarancji. | *~~.~~*TAK |   |
|  |  |  |  | *Wpisać* |

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | Parametry oferowane( podać, opisać ). Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagania ogólne** |  |  |
|  | Wymiary nie większe niż: 300 x 230 x 70 mm. | TAK |  |
|  | Kolorowy dotykowy wyświetlacz o przekątnej nie mniejszej niż 6,5” zapewniający czytelne wyświetlanie wykresów EKG z wybieranych odprowadzeń. | TAK |  |
|  | Prezentacja na ekranie przebiegów z trzech, sześciu oraz dwunastu odprowadzeń EKG. | TAK |  |
|  | Klawiatura alfanumeryczna. | TAK |  |
|  | Edycja danych identyfikacyjnych pacjenta: nazwisko, imię, wiek, waga, wzrost, ciśnienie, nazwisko lekarza, dane szpitala. | TAK |  |
|  | Ustawianie daty i czasu. | TAK |  |
|  | Autotest aparatu. | TAK |  |
|  | Tryby rejestracji: bezpośredni wydruk w czasie rzeczywistym, automatyczny, badanie rytmu, wsteczna rejestracja w trybie AUTO do 10 sekund, rejestracja do 480 sekund w trybie RYTM. | TAK |  |
|  | Wskaźnik włączenia aparatu do sieci. | TAK |  |
|  | Wskaźnik oznaczający pracę na akumulatorze. | TAK |  |
|  | Ręczny i automatyczny zapis sygnału EKG. | TAK |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja.  | TAK |  |
|  | Sygnalizacja niepodłączonych elektrod. | TAK |  |
|  | Drukarka termiczna wysokiej rozdzielczości. | TAK |  |
|  | Szerokość papieru co najmniej 110 mm. | TAK |  |
|  | Różnorodność formatów wydruku : 4x3,4x3+1,2x6,2x6+1 1x12, Cabrera. | TAK |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230V, 50 Hz. | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe/bateryjne. | TAK |  |
|  | Co najmniej 3 porty USB.  | TAK |  |
|  | Port LAN/Ethernet. | TAK |  |
|  | Komunikacja z komputerem poprzez USB, dedykowane oprogramowanie do archiwizacji badań EKG. | TAK |  |
|  | Wydruk bezpośrednio na drukarce A4. | TAK |  |
|  | Wykrywanie kardiostymulatora. | TAK |  |
|  | **Filtry:** sieciowy : 50Hz , 60 Hz, mięśniowy : 25,35Hz , antydryftowy linii izoelektrycznej, adaptacyjny. | TAK |  |
|  | Szybkość wydruku: 5; 10; 12,5; 25; 50 mm/s. | TAK |  |
|  | Czułości: 2.5; 5; 10; 20 mm/mV i AUTO. | TAK |  |
|  | Pasmo rejestracji : 0,05 ÷ 150 Hz. | TAK |  |
|  | Pamięć sygnału: 10 s w trybie AUTO i 3 min w trybie RYTM. | TAK |  |
|  | CMRR: > 100dB | TAK |  |
|  | Pojemność archiwum badań: co najmniej 1000 badań. | TAK |  |
|  | Próbkowanie co najmniej 1600 Hz.  | TAK |  |
|  | Wykonywanie badań uproszczonych dla odprowadzeń tylko kończynowych (uzyskanie zapisu następujących kanałów: I, ,II, aVR , aVL , aVF ). | TAK |  |
|  | Program analizy rytmu.  | TAK |  |
|  | Ciągły pomiar i wyświetlanie HR, sygnalizacja dźwiękowa pobudzeń QRS. | TAK |  |
|  | **Wyposażenie:** * kabel EKG,
* elektrody przyssawkowe wielorazowe (6 szt. do każdego zaoferowanego aparatu) ,
* elektrody kończynowe wielorazowe (4 szt. do każdego zaoferowanego aparatu),
* papier EKG– 1 rolka do każdego zaoferowanego aparatu,
* wózek na 4 kółkach z tacą na aparat i koszem drucianym na akcesoria (1 szt. do każdego zaoferowanego aparatu).
 | TAK |  |
|  | **Wymagania dodatkowe** |  |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi i aplikacji medycznych niezbędnych do eksploatacji urządzenia (minimum 5 osób). | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu technicznego zamawiającego (wraz z wystawieniem stosownych certyfikatów) w zakresie podstawowych czynności sprawdzenia stanu technicznego urządzenia i podstawowej konserwacji technicznej. Szkolenie obejmujące co najmniej 2 osoby. | TAK |  |

**8.Walory techniczno-eksploatacyjne punktowane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Punktacja** | **Parametry oferowane****( podać)** Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Bezprzewodowa ( Wi-Fi ) i przewodowa komunikacja z Internet. | Tak- 5 pkt.Nie- 0 pkt. |  |
|  | Wysyłanie badań EKG z aparatu na dowolna skrzynkę e-mail w formatach: SCP , HL7 –XML , format graficzny PNG oraz PDF. | Tak- 5 pkt.Nie- 0 pkt. |  |
|  | Zapis na pendrive’a w formatach: SCP, HL7 –XML , format graficzny PNG oraz PDF. | Tak- 5 pkt.Nie- 0 pkt. |  |
|  | Sygnalizacja niepodłączonych elektrod w formie graficznej i dźwiękowej. | Tak- 5 pkt.Nie- 0 pkt. |  |

**UWAGA:**

Dla uznania oferty za ważną Wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.

W tabeli pod pkt. 7 i 8 należy opisać, wpisać, podać oferowany parametr.

Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 należy załączyć do oferty.

Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

**Wypełniony i podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym załącznik nr 1 należy załączyć do oferty.**

 Podpis Wykonawcy: ..........................................