**Załącznik nr 8 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.1.7.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 7**

 A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena****jednostkowa***netto* | **Wartość***netto**6=4x5* | **Stawka VAT***%* | **Cena****jednostkowa***brutto**8=5+7* | **Wartość***brutto**9=6+7* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **1.**  | **Aparat EKG**  | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  | **-** | **-** |  |

  **B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi……………..miesięcy.**

 Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| Aparat EKG – 1 szt. | Typ ………………………....Model …………………...Producent…………………..Kraj pochodzenia …… |
|  | Rok produkcji  | 2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Aparat EKG z analizą i interpretacją badań dla pacjentów od 1 dnia życia na wózku jezdnym |
|  | Równoczesna rejestracja 12 odprowadzeń |
|  | Interpretacja badania zależna od wieku pacjenta podawanego w dniach, miesiącach i latach |
|  | Klawiatura alfanumeryczna membranowa |
|  | Klawiatura funkcyjna do bezpośredniego sterowania podstawowymi funkcjami aparatu |
|  | Detekcja stymulatora serca |
|  | Wbudowany ekran graficzny kolorowy min. 5,6”, umożliwiający jednoczesny podgląd 12 kanałów EKG  |
|  | 1. Pamięć wewnętrzna min. 1 500 badań
 |
|  | Zapis na papierze o szerokości 110-112 mm |
|  | Zapis w trybie manualnym |
|  | Zapis w trybie automatycznym ( jednoczasowo lub czas rzeczywisty) |
|  | Zapis wstecznego przebiegu EKG do 10 s |
|  | Zapis do oceny arytmii do 10 minut w pamięci aparatu  |
|  | Zasilanie sieciowe i akumulatorowe, akumulator bezobsługowy wraz z ładowarką wbudowany wewnątrz aparatu |
|  | Prędkość przesuwu papieru 5/10/25/50 mm/s |
|  | Czułość 2,5/ 5 10/20 mm/mV |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych 50/60 Hz |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych 25/35 Hz |
|  | Filtr adaptacyjny ( automatyczny ) |
|  | Filtr linii izoelektrycznej (od 0,05 do 1,5 Hz) |
|  | Interfejs komunikacyjny 2 x USB |
|  | Możliwość rozbudowy o bezprzewodowa komunikację z komputerem, telefonem ( BLUETOOTH) |
|  | Przetwornik A/C 24 bit |
|  | Podgląd badania z pamięci aparatu z analizą bez konieczności wydruku |
|  | Wydruk badania bezpośrednio na drukarce laserowej (papier biurowy A4) |
|  | 1. Zapis i odczyt badań z PenDriva
 |
|  | Automatyczny test aparatu |
|  | Waga max 1,5 kg (bez wyposażenia); |
|  | Komplet elektrod kończynowych klipsowych dla dorosłych - 4 szt. ; łączniki do elektrod jednorazowych - 6 szt.; elektrody jednorazowe dla dorosłych -200 szt.; elektrody kończynowe dla dzieci komplet - 4 szt.); elektrody piersiowe pod pas dla dzieci komplet - 6 szt.; pas piersiowy dla dzieci; komplet kabli; żel 0,5 l; papier min. 1 rolka;  |
|  | Informacje dodatkowe |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilne z akcesoriami, fabrycznie nowe, po instalacji gotowe do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem |
|  | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące  |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji)  |
|  | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca przekaże Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, paszport techniczny, kartę gwarancyjną oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | Częstotliwość przeglądów |

C. Oświadczam, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

D. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………………………………………………* *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania* *Wykonawcy*  |