**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego**

**ZP-381-19/2024**

**ZESTAWIENIE**

**WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH - OPZ**

**Formularz asortymentowo – ilościowy**

**Oferowany sprzęt: holter ekg – 7 sztuk**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..……………………………………………………………….

Kraj produkcji: …………………………………..…………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry techniczne** | **TAK/NIE** | **Parametry oferowane** |
|  | Rejestrator 3-kanałowy kompatybilny z systemem posiadanym przez Zamawiającego tj. BTL CardioPoint | TAK |  |
|  | Zapis danych w trybie 3 kanałowym z 5 elektrod  | TAK |  |
|  | Rejestrowane odprowadzenia:- 3 odprowadzenia: mV1, mV3, mV5 | TAK |  |
|  | Klawiatura: Mikroprzełączniki | TAK |  |
|  | Sprawdzanie niepodłączonych odprowadzeń | TAK |  |
|  | Czas zapisu : 12 godzin, 24 godziny, 48 godzin, | TAK |  |
|  | Długość rejestracji: 200 – 900 MB przez 24h (zależny od sygnału I liczby odprowadzeń) | TAK |  |
|  | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD, 2” o rozdzielczości 128x64 | TAK |  |
|  | Waga rejestratora max. 110g | TAK |  |
|  | Wymiary rejestratora: max 105 x 65 x 30 mm | TAK |  |
|  | Długość kabla pacjenta w zależności od odprowadzenia: 40-90 cm  | TAK |  |
|  | Transmisja danych za pomocą USB, Karta SD | TAK |  |
|  | Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta | TAK |  |
|  | Częstotliwość próbkowania 8 x 2000Hz  | TAK |  |
|  | Rozdzielczości przetwornika AD przy rejestracji 24 bity | TAK |  |
|  | Funkcja wykrywania rozrusznika 100us przy próbkowaniu min. 40000Hz | TAK |  |
|  | Zapis danych na karcie pamięci typu SD do 2 GB | TAK |  |
|  | Detekcja pracy stymulatora | TAK |  |
|  | Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon), długość nagrania 10 s | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości (wyłączone filtry cyfrowe): 0,049 Hz – 220 Hz | TAK |  |
|  | Rozdzielczość przetwornika AD przy rejestracji głosu: 10 bitów | TAK |  |
|  | Impedancja wejściowa: > 20 MΩ  | TAK |  |
|  | Wskaźnik niskiej baterii: sygnał dźwiękowy i komunikat na wyświetlaczu | TAK |  |
|  | Współczynnik tłumienia CMR (z filtrem cyfrowym): > 100 dB (> 115 dB)-dla kabla 5 odprowadzeniowego | TAK |  |
|  | Możliwość włączenia/wyłączenia dźwięku klawiszy  | TAK |  |
|  | Zasilanie za pomocą 2 baterii lub akumulatorów AA | TAK |  |
|  | Dodatkowe, wewnętrzne zasilanie do podtrzymywania zapisu w trakcie wymiany baterii/akumulatorów. | TAK |  |
|  | Obudowa z PC-ABS | TAK |  |
|  | Warunki pracy : Temperatura 1°C - 55°C, Wilgotność 10% - 95%, Ciśnienie atmosferyczne 700 hPa – 1060 hPa | TAK |  |
|  | Zakres dynamiczny: 66 mVPP | TAK |  |
|  | Napięcie: 152 μV | TAK |  |
|  | Maksymalny zasięg napięcia wejściowego: ±393 mV DC | TAK |  |
|  |  **WYMAGANIA DODATKOWE** |  |  |
|  | Okres gwarancji min. 12 miesięcy liczony od dnia oddania aparatu do eksploatacji | TAK |  |
|  | Wykonawca dokona instalacji oferowanego sprzętu i przeprowadzi szkolenie bez dodatkowego wynagrodzenia w zakresie obsługi. Wykonawca jest zobowiązany do sporządzenia protokołu/listy obecności z przeprowadzonego szkolenia. | TAK |  |
|  | Zamawiający ma prawo do wezwania na dodatkowe jedno szkolenie bez dodatkowego wynagrodzenia w trakcie trwania gwarancji. | TAK |  |
|  | Urządzenie jest pozbawione wszelkich blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca umowy podmiot w przypadku nie korzystania przez szpital z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy (dotyczy oceny stanu aparatu i jego działania). | TAK |  |
|  | Maksymalny czas reakcji serwisu na zgłoszenie w dni robocze do 48 godzin od momentu uzyskania informacji o awarii. Powyższe terminy dotyczą dni roboczych przez, które rozumie się dni od poniedziałku do piątku za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
|  | Maksymalny czas naprawy wymagający wymiany części / ilość dni roboczych / | 7 dni |  |
|  | Graniczny czas naprawy, po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji sprzętu medycznego  | 7 dni |  |
|  | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy | 3 |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji  | Minimum 1 na 12 miesięcy, chyba, że zalecenia producenta wskazują inaczej |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej jak 21 dni Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia awarii. | TAK |  |
|  | Należy sprecyzować ewentualne ograniczenia usług gwarancyjnych oraz ewentualne przyczyny cofnięcia gwarancji. | PODAĆ |  |
|  | Dostarczony sprzęt zostanie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcje obsługi oraz instrukcje serwisowe – dokumenty winny być w języku polskim lub tłumaczone na język polski. | TAK |  |
|  | Najbliższy kupującego punkt serwisowy obsługujący zakupione urządzenie. | PODAĆ |  |
|  | Paszport techniczny uzupełniony o dane aparatu/sprzętu oraz zawierający wpis o pierwszym uruchomieniu oraz terminie następnego przeglądu technicznego wraz z pieczątką firmy i czytelnym podpisem serwisanta. Wraz z paszportem Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć kartę gwarancyjną i podpisany protokół zdawczo-odbiorczy(dostarczony przy dostawie sprzętu)  |  TAKdostarczyć przy dostawie sprzętu |  |

* + - 1. W kolumnie „Oferowane” należy opisać parametr oferowany. Brak opisu w tej kolumnie będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanym urządzeniu.
			2. Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatków zakupów inwestycyjnych.

\*W przypadku braku konieczności przeprowadzenia przeglądów okresowych Wykonawca zaznacza w tabelce nie dotyczy i do oferty załącza oświadczenie własne Wykonawcy w tym zakresie.

Data: ………………….. 2024 r.