***Załącznik nr 8.1 do SWZ – Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia***

***Część 1 –* Aparat EKG**

| ***L.p.*** | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** / | **Punktacja dodatkowa** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aparat EKG** | | | | |
| ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | | | |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia / | Podać |  | Bez punktacji |
|  | Wyrób fabrycznie nowy z 2022 roku | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Aparat EKG 12-kanałowy z analizą i interpretacją danych z badań. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Tryby pracy: automatyczny i ręczny. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Bezprzewodowa akwizycja sygnału EKG. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Wykonywanie pomiarów HR, PR, QRS, QT, QTc oraz pomiarów osi P, R, T. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczna interpretacja wyników badań z podaniem kryterium rozpoznania. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Algorytm interpretacji 12-kanałowego zapisu EKG, uwzględniający wiek i płeć osoby badanej – dorosłych i dzieci. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Kolorowy, wysokiej rozdzielczości, ekran LCD o przekątnej min. 10” | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Wyświetlanie na ekranie LCD: aktualnego czasu; częstości rytmu; czułości, prędkości zapisu i rodzaju filtru. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość wprowadzania danych pacjenta. Standardowo ankieta musi zawierać: imię i nazwisko, wiek, płeć, datę urodzenia i identyfikator. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość zdefiniowania pól wymaganych przy wprowadzaniu danych pacjenta. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość edycji zawartości ankiety pacjenta, dodawania i usuwania pól, zmiany ich położenia na wydruku i ekranie aparatu. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość podglądu w czasie rzeczywistym i po rejestracji (przed wydrukiem) do 12-tu odprowadzeń EKG jednocześnie. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość automatycznego wyboru, wyświetlania i wydruku najlepszego pod względem diagnostycznym min.10 sekundowego odcinka z bufora ciągłego zapisu EKG. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Wydruk ostatnich min.10 sekund zapisu EKG. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Pamięć wewnętrzna do przechowywania minimum 100 zapisów EKG, wykonanych w trybie automatycznym, z możliwością podglądu. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość wydruku EKG z pamięci aparatu ze zmienionymi wartościami czułości i prędkości zapisu, zmienionymi parametrami filtru i w innym formacie wydruku. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość trwałego odłączenia w systemie opcji wydruku i automatycznego zapisu badań tylko do pamięci aparatu | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Interfejs USB, umożliwiający zapis EKG na nośniku PenDrive. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Pasmo przenoszenia: minimum 0,05 ÷ 300 Hz. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą pacjenta poprzez wyświetlanie na ekranie LCD ostrzeżeń o braku kontaktu elektrody ze skórą pacjenta. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wyświetlanie na ekranie LCD komunikatu informującego o ostrym zawale serca pacjenta. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Drukarka termiczna, wbudowana w aparat z możliwością wydruku w formacie A4 o wymiarach 210x300 mm (papier termiczny składany) | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Prędkość zapisu: 5, 10, 25 i 50 mm/s. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Rozdzielczość zapisu: minimum 8 pkt./mm. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Jednoczesna rejestracja sygnału EKG z 3-ech, 6-ciu i 12-tu odprowadzeń. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Formaty wydruku: 3 + 1 kanał, 3 + 3 kanały, 6 kanałów, 6 + 6 kanałów, 12 kanałów. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wydruki w trybie ręcznym: 3, 6, 8 i 12 kanałów z konfigurowaną grupą kanałów. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wydruk daty i godziny badania. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Czułość zapisu : 5, 10 i 20 mm/mV. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Filtr zakłóceń pochodzących od elektroenergetycznej sieci zasilającej. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Cyfrowe filtry zakłóceń mięśniowych i pływania linii izoelektrycznej. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Obwody wejściowe aparatu zabezpieczone przed impulsami defibrylatora. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wykrywanie impulsów stymulatora. Częstotliwość próbkowania dla detekcji impulsów stymulatora: minimum 40 000 próbek /s / kanał. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Częstotliwość cyfrowego próbkowania EKG dla analizy i zapisu: minimum 1000 próbek / s / kanał. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Rozdzielczość przetwarzania: minimum 20 bitów. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Aparat wyposażony w bezprzewodowy moduł akwizycji sygnału EKG umożliwiający wykonanie badania bez konieczności bezpośredniego kontaktu z pacjentem. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Moduł bezprzewodowej akwizycji sygnału EKG, wyposażony w: - 10-elektrodowy (wymienny – możliwość wymiany pojedynczych przewodów) kabel pacjenta dla 12-tu standardowych odprowadzeń: I, II, III, aVR, aVL, aVF, ,V1, V2, V3, V4, V5, V6; - przyciski zdalnego wyzwalania zapisu EKG i drukowania rytmu,- wskaźnik jakości oklejenia pacjenta. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Interfejs komunikacyjny sieci przewodowej Ethernet LAN. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Interfejs komunikacyjny sieci bezprzewodowej WLAN. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Obsługa standardu DICOM w komunikacji dwukierunkowej z systemem szpitalnym w zakresie pobierania listy zleceń MWL i archiwizacji wyników C-Store | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość rozbudowy o czytnik kodów kreskowych | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość rozbudowy o obsługę zapytań HL7 Patient Data Query | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcję zabezpieczenia danych z użyciem usług LDAP lub Active Directory. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość rekonfiguracji ankiety pacjenta poprzez dodawanie, usuwanie, zmianę nazwy i położenia wybranych pól. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość rozbudowy o opcje badania wysiłkowego z możliwością sterowania bieżnią bądź ergometrem | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Komunikacja użytkownika z aparatem w języku polskim. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie aparatu z sieci elektroenergetycznej 230 V AC 50 Hz i z wewnętrznego bezobsługowego akumulatora. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Aparat mobilny, zainstalowany w sposób bezpieczny na wózku kolumnowym z możliwością blokady kół. Wózek wyposażony w pojemnik na akcesoria i w wysięgnik na moduł aktywacji. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Masa aparatu z akumulatorem, bez kabla pacjenta, papieru i wózka: maks. 7 kg. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Na wyposażeniu elektrody klamrowe kończynowe – 1 kpl., elektrody przyssawkowe przedsercowe – 1 kpl., adaptery do elektrod listkowych, elektrody listkowe – zestaw na 10 badań, ryza startowa papieru termicznego formatu A4 składanka min. 250 stron | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany Serwis Producenta (podać nazwę i adres serwisu) | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. (Dz. U. 2022 r., poz. 974 t.j.) W przypadku, gdy urządzenie nie jest urządzeniem medycznym inne dokumenty wymagane prawem dla danego typu urządzeń. Dołączyć wraz z dostawą aparatury. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim. Instrukcja w formie  wydrukowanej i w wersji elektronicznej. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem w raporcie serwisowym. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wsparcie serwisowe oraz dostępność części zamiennych co najmniej przez 7 lat po zakupie urządzenia. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia, przeprowadzone w miejscu instalacji produktu, poświadczone certyfikatem lub protokołem szkolenia. | Tak |  | Bez punktacji |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta nie spełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• zobowiązujemy się do przeszkolenia personelu w obsłudze urządzenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

***Załącznik nr 8.2 do SWZ – Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia***

***Część 2 –* Ssak elektryczny**

| ***L.p.*** | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** / | **Punktacja dodatkowa** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ssak elektryczny** | | | | |
| ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | | | |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia / | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Wyrób fabrycznie nowy z 2022 roku | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Ssak elektryczny ze sterowaniem nożnym przystosowany do pracy ciągłej. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Ssak osadzony na czterokołowym wózku/podstawie (w tym dwa koła z blokadą) | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Max podciśnienie (regulowane ): - 90 kPa | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalny przepływ: 90 l/min | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie: 220-230 V / 50-60 Hz | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Max poziom hałasu : 50 dB | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Ssak wyposażony w przełącznik do automatycznego wyboru butli ssącej | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Płynna regulacja ssania za pomocą pokrętła | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Dwa porty ssące | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Sterowanie za pomocą pedału nożnego | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Urządzenie wyposażone we wskaźnik podciśnienia (manometr) | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Uchwyty na butle zamocowane na urządzeniu. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Dwa pojemniki 2L wielokrotnego użytku z poliwęglanu z możliwością dezynfekcji i sterylizacji z zastawką zabezpieczającą przed przepełnieniem, przystosowane do stosowania wkładów jednorazowych o tej samej pojemności | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość stosowania wkładów jednorazowych. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wyposażenie : pedał do sterowania nożnego, dreny silikonowe 2 szt., filtr bakteryjny 2 szt., łącznik drenów – 2 szt. , zestaw startowy wkładów jednorazowych niezbędny do uruchomienia urządzenia. | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany Serwis Producenta (podać nazwę i adres serwisu) | Tak, podać |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. (Dz. U. 2022 r., poz. 974 t.j.) W przypadku, gdy urządzenie nie jest urządzeniem medycznym inne dokumenty wymagane prawem dla danego typu urządzeń. Dołączyć wraz z dostawą aparatury. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | W komplecie Instrukcje obsługi w języku polskim. Instrukcja w formie  wydrukowanej i w wersji elektronicznej. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem w raporcie serwisowym. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Wsparcie serwisowe oraz dostępność części zamiennych co najmniej przez 7 lat po zakupie urządzenia. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę. | Tak |  | Bez punktacji |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia, przeprowadzone w miejscu instalacji produktu, poświadczone certyfikatem lub protokołem szkolenia. | Tak |  | Bez punktacji |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta nie spełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• zobowiązujemy się do przeszkolenia personelu w obsłudze urządzenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

***Załącznik nr 8.3 do SWZ – Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia***

***Część 3 – Defibrylator – kardiowerter***

| ***L.p.*** | **Parametr** | | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** / | | **Punktacja dodatkowa** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ***Defibrylator – kardiowerter*** | | | | | | |
| ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | | | | | |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia / | | Podać |  | | Bez punktacji |
|  | Wyrób fabrycznie nowy z 2022 roku | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Aparat z pełną polską wersją językową – oprogramowanie, komunikaty wyświetlane na ekranie, opisy na panelu | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Waga urządzenia z akumulatorem max. 6,5 kg z wyłączeniem łyżek i pozostałych akcesoriów. | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Wymiary maksymalne: 350mm x 310mm x 200mm (szerokość x wysokość x głębokość) +/- 10mm razem z akumulatorem bez łyżek defibrylacyjnych i akcesoriów. | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Urządzenie wyposażone w intuicyjne pokrętło do nawigacji. Wybór trybu pracy w zakresie: wyłączony, tryb AED, tryb manualny, stymulacja, monitorowanie (swobodne przełączanie pomiędzy trybami pracy urządzenia – bez konieczności jego wyłączania). | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Aparat odporny na kurz i zalanie wodą (klasa minimum IP33 wg IEC529) | | Tak, podać |  | | = IP33 – 0 pkt.  > IP33 – 3 pkt. |
|  | Automatyczny codzienny test prawidłowości funkcjonowania defibrylatora (nie wymagający od użytkownika włączania urządzenia), możliwość przeprowadzenia pełnego testu manualnego / możliwość wydruku raportu za pomocą wewnętrznej drukarki defibrylatora. | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
| ***ZASILANIE*** | | | | | | |
|  | Zasilanie akumulatorowe - akumulator litowo-jonowy lub równoważny, czas pracy: min. 5 godz. ciągłego monitorowania EKG  lub min. 200 defibrylacji z energią 200 J | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Minimum dwa gniazda akumulatorów: możliwość wymiany akumulatora bez przerywania pracy urządzenia (na zasilaniu akumulatorowym oraz na zasilaniu sieciowym) | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Zasilanie sieciowe – moduł zasilacza 230V 50 Hz z funkcją ładowania akumulatora | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Wskaźnik poziomu naładowania akumulatora stale widoczny na monitorze lub panelu czołowym | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Czas ładowania akumulatora do pełnej pojemności max. 6 godzin | | Tak, podać |  | | = 6 godzin – 0 pkt.  < 6 godzin – 3 pkt. |
| ***DEFIBRYLACJA MANUALNA*** | | | | | | |
|  | Defibrylacja ręczna i półautomatyczna AED | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Rodzaj fali defibrylacyjnej – dwufazowa. Zakres energii min. 1 - 360J | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Min. 23 dostępne poziomy energii defibrylacji | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Defibrylacja synchroniczna – kardiowersja | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Czas ładowania do energii maksymalnej ≤. 9 sekund | | Tak, podać |  | | = 9 sekund – 0 pkt.  < 9 sekund – 3 pkt. |
|  | Możliwość defibrylacji dzieci i dorosłych – łyżki dla dzieci i dorosłych zintegrowane | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
| ***Tryb AED*** | | | | | | |
|  | Automatyczna analiza rytmu serca po naklejeniu elektrod defibrylacyjnych | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Poziom energii wstrząsu min. od 1 do 360J | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Praca w cyklu analiza/ defibrylacja / uciskanie klatki piersiowej – zgodnie z aktualnymi wytycznymi algorytmu BLS/AED | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Komendy głosowe i komunikaty na ekranie prowadzące przez protokół RKO | Tak, podać | |  | Bez punktacji | |
|  | Metronom częstości uciśnięć klatki piersiowej (sygnały akustyczne i wizualne wyświetlane na ekranie defibrylatora) | Tak, podać | |  | Bez punktacji | |
|  | Możliwość programowania energii 1, 2 i 3 wyładowania min. w przedziale od: 1 do 360 J i na min. 23 poziomach energii defibrylacji | Tak, podać | |  | Bez punktacji | |
| ***Moduł EKG*** | | | | | | |
|  | Monitorowanie EKG z 3/5/12 odprowadzeń | Tak, podać | |  | Bez punktacji | |
|  | Monitorowanie 3/5/12 odprowadzeniowego EKG z prezentacją na ekranie wszystkich odprowadzeń jednocześnie | Tak, podać | |  | Bez punktacji | |
|  | Zakres pomiaru częstości akcji serca HR minim. 1-300 /min. | Tak, podać | |  | Bez punktacji | |
|  | Wzmocnienie sygnału EKG min. 0,5; 1,0; 1,5; 2,0; 3,0 cm/mV | Tak, podać | |  | Bez punktacji | |
|  | Wykrywanie elektrostymulatora | Tak, podać | |  | Bez punktacji | |
|  | Tłumienie sygnału współbieżnego 90 dB lub więcej | Tak, podać | |  | Bez punktacji | |
| ***Moduł stymulatora*** | | | | | | |
|  | Tryb asynchroniczny i „na żądanie” | Tak, podać | |  | Bez punktacji | |
|  | Częstość stymulacji w zakresie min. 30-180 imp/min | Tak, podać | |  | Bez punktacji | |
|  | Szerokość impulsu stymulatora min. 40 msek. | TAK, podać | |  | Bez punktacji | |
|  | Prąd stymulacji regulowany w zakresie min. 0-140 mA | TAK, podać | |  | = 0-140 mA – 0 pkt.  = 10-140mA – 1 pkt.  >10-140mA – 3 pkt. | |
| ***Pomiar oddechu*** | | | | | | |
|  | Podać technikę pomiaru | TAK, podać | |  | Bez punktacji | |
|  | Zakres min. od 2 do 120 oddechów/min, prędkość wyświetlania min. 25mm/s | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Nadzór bezdechu: min. od 10 do 60 s. | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
| ***Moduł pulsoksymetrii SpO2*** | | | | | | |
|  | Pomiar SpO2 w technologii Nellcor | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Zakres pomiaru SpO2 min. 1-100% | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Zakres pomiaru pulsu min. 20-300/min | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Dokładność pomiaru pulsu 20 do 250/min +/-3 cyfry.  Dokładność saturacji SpO2 70 do 100% +/-2 cyfry, noworodki +/-3 cyfry | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Zakres perfuzji 0,03 do 20% | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Wyświetlanie krzywej pletyzmograficznej na ekranie | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Czujnik wielorazowy typu klips w komplecie | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
| ***Moduł NIBP*** | | | | | | |
|  | Zakres pomiarowy przetwornika co najmniej w zakresie od 10 do 300mmHg | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Sposób pomiaru – ręczny, ciągły | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Technika pomiaru: oscylometryczna | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
| ***Moduł Temperatury*** | | | | | | |
|  | Zakres pomiarowy co najmniej od 0°C do 50°C | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Rozdzielczość +/- 0,1°C | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
| ***Alarmy*** | | | | | | |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa i wizualna alarmów dla wszystkich monitorowanych parametrów życiowych oraz alarmów technicznych | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Możliwość czasowego zawieszenia z regulacją w zakresie od 30 do 120 sekund oraz wyłączenia alarmów | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Wyświetlanie na ekranie górnych i dolnych progów alarmowych monitorowanych parametrów życiowych | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
| ***Rejestracja*** | | | | | | |
|  | Ekran kolorowy LCD / TFT o przekątnej min. 7 cali o wysokim kontraście, rozdzielczość min. 800x600 pixeli | | Tak, podać |  | | = 7 cali – 0 pkt.  = 8 cali – 1 pkt.  > 8cali – 3 pkt. |
|  | Prezentacja na ekranie min. 3 kanałów dynamicznych | | Tak, podać |  | | = 3 kanały – 0 pkt.  >3 kanały – 3 pkt. |
|  | Wbudowany rejestrator termiczny EKG na papier o szerokości min. 80 mm z możliwością wydruku min. 3 kanałów | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Pamięć wewnętrzna oraz możliwość rozbudowy pamięci za pomocą kart SD oraz port USB. Parametry pamięci wewnętrznej: archiwizacja danych numerycznych i graficznych min. 100 pacjentów lub min. 250 zdarzeń EKG z możliwością transferu danych do komputera. | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
| ***Inne*** | | | | | | |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. (Dz. U. 2022 r., poz. 974 t.j.) W przypadku, gdy urządzenie nie jest urządzeniem medycznym inne dokumenty wymagane prawem dla danego typu urządzeń. Dołączyć wraz z dostawą aparatury. | | Tak |  | | Bez punktacji |
|  | Sprzęt kompletny i gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów | | Tak |  | | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany Serwis Producenta (nazwa i adres) | | Tak, podać |  | | Bez punktacji |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi | | Tak |  | | Bez punktacji |
|  | W komplecie Instrukcje obsługi w języku polskim | | Tak |  | | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem w raporcie serwisowym. | | Tak |  | | Bez punktacji |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | | Tak |  | | Bez punktacji |
|  | Wsparcie serwisowe oraz dostępność części zamiennych co najmniej przez 7 lat po zakupie urządzenia | | Tak |  | | Bez punktacji |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta nie spełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• zobowiązujemy się do przeszkolenia personelu w obsłudze urządzenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*