*Załącznik Nr 1 do SIWZ*

Oznaczenie sprawy: PN – 11/19

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Oznaczenie Wykonawcy

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Cz. Nr 14 - Aparat EKG – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L. p.*** | ***Wymagania dla przedmiotu zamówienia*** | ***Parametry wymagane*** | ***Parametry oferowane (potwierdzić spełnianie parametru / opisać) \*******należy wypełnić wszystkie rubryki poprzez zaznaczenie odpowiednio TAK/NIE bądź wpisanie wartości parametru oferowanego – zgodnie z wymaganiem zamawiającego*** |
|  | Producent | podać | ……………………….. |
|  | Model | podać | ……………………….. |
|  | Kraj pochodzenia | podać | ……………………….. |
|  | Rok produkcji | urządzenie nowe, nieużywane, wyprodukowane w 2019r.  | TAK/NIERok produkcji ………………… |
|  | Aparat 12 kanałowy z analizą i interpretacją dla dzieci i dorosłych | TAK | TAK/NIE |
|  | Kolorowy ekran graficzny LCD min. 3,8” z możliwością podglądu 3 lub 6 lub 8 lub 12 ~~lub 8~~ odprowadzeń EKG jednocześnie lub w grupach po 3 | TAK | TAK/NIE |
|  | Rozdzielczość ekranu min. 320 x 240 pikseli | TAK | TAK/NIE |
|  | Wymiar ekranu min. 60 x 80 mm | TAK | TAK/NIE |
|  | Masa do ~~3,5~~ 5 kg | TAK | TAK/NIE |
|  | Klawiatura alfanumeryczna i klawisze funkcyjne | TAK | TAK/NIE |
|  | Zasilanie sieciowe i akumulatorowe, akumulator wewnętrzny bezobsługowy | TAK | TAK/NIE |
|  | Papier termiczny składanka o szerokości 108 mm lub 210 mm | TAK | TAK/NIE |
|  | Prędkość przesuwu papieru ( mm/s) 5;10;25;50 lub 5, 12,5, 25, 50 mm/s dla badania rytmu i 25;50 w trybie auto | TAK | TAK/NIE |
|  | Rejestracja jednoczasowa sygnału EKG z 12 odprowadzeń wg Eithovena, Goldberga, Wilsona | TAK | TAK/NIE |
|  | Bezprzewodowy moduł akwizycji sygnału EKG. | NIE | TAK/NIE |
|  | Liczba drukowanych odprowadzeń: 3, 3+1, 3+3 lub 6 | TAK | TAK/NIE |
|  | Formaty wydruku: standard i Cabrera | TAK | TAK/NIE |
|  | Rejestracja w trybie automatycznym i ręcznym | TAK | TAK/NIE |
|  | Czułość ( mm/mV) : 5;10;20 | TAK | TAK/NIE |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych | TAK | TAK/NIE |
|  | Wykonywanie pomiarów: HR, PR, QRS, QT, QTc oraz pomiary osi P, R, T | TAK | TAK/NIE |
|  | Wykrywanie impulsów stymulatora | TAK | TAK/NIE |
|  | Częstotliwość próbkowania dla detekcji impulsów stymulatora: minimum 40 000 próbek /s / kanał. | TAK | TAK/NIE |
|  | Częstotliwość cyfrowego próbkowania EKG dla analizy i zapisu: minimum 1 000 próbek / s / kanał. | TAK | TAK/NIE |
|  | Rozdzielczość przetwarzania a/c min.20 bitów | TAK | TAK/NIE |
|  | Cyfrowe filtry zakłóceń mięśniowych i pływania linii izoelektrycznej | TAK | TAK/NIE |
|  | Pamięć min. 40 zapisów EKG | TAK | TAK/NIE |
|  | Możliwość rozbudowy pamięci wewnętrznej do min. 200 zapisów. | TAK | TAK/NIE |
|  | Interfejs USB, umożliwiający zapis EKG na nośniku PenDrive lub możliwość zapisu badań na karcie SD,  | TAK | TAK/NIE |
|  | Wbudowany bufor do 5 minut bieżącego zapisu EKG | TAK | TAK/NIE |
|  | Funkcja wydruku min. 10 sekund z zarejestrowanego zapisu EKG | TAK | TAK/NIE |
|  | Interfejs komunikacyjny sieci przewodowej Ethernet LAN | TAK | TAK/NIE |
|  | Dwukierunkowa komunikacja z systemami HIS i PACS przy użyciu standardu XML, PDF, lub DICOM | TAK | TAK/NIE |
|  | Wyposażenie:- elektrody klamrowe i przyssawkowe (1 kpl.)- 10 ryz papieru, - wózek kompatybilny z wyżej opisanym aparatem (1 szt.) | TAK | TAK/NIE |
|  | Oprogramowanie w języku polskim. | TAK | TAK/NIE |
| **PARAMETRY STANOWIĄCE KRYTERIUM OCENY OFERT** |
| ***Opis parametru wymaganego oraz wskazane parametry oceniane*** | ***punkty*** | ***Oferowany parametr – należy wskazać odpowiednio TAK/NIE bądź wpisać oferowaną wartość*** |
|  | Pasmo przenoszenia min. 0,05 – 300 Hz | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Możliwość wydruku EKG z pamięci aparatu ze zmienionymi parametrami czułości , prędkości , zastosowanego filtru i w innym formacie wydruku | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Możliwość rozbudowy o interfejs komunikacji bezprzewodowej WLAN | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Obsługa standardu DICOM w komunikacji dwukierunkowej w zakresie MWL i C-Store | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
|  | Moduł bezprzewodowej akwizycji sygnału EKG, wyposażony w: 10-elektrodowy (możliwość wymiany pojedynczego odprowadzenia) 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. | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. | TAK/NIE |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące\* |  podać | …………………. mc |
|  | Czas reakcji serwisu gwarancyjnego tj. podjęcie naprawy serwisowej do 48 h od momentu zgłoszenia. (w dni robocze) | wskazać adres punktu serwisowego | TAK/NIE ……………………………….. |
|  **SZKOLENIA** |
|  | Szkolenie w zakresie obsługi urządzenia | TAK | TAK/NIE |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(nazwisko i imię osoby upoważnionej do**

 **reprezentowania Wykonawcy )**

\*okres obowiązywania gwarancji dotyczy sprzętu medycznego. Okres obowiązywania gwarancji dla urządzeń innych niż sprzęt medyczny nie może być krótszy niż okres gwarancji jaki zapewnia producent urządzenia