Załącznik nr 2e do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZADANIE 5**

|  |
| --- |
| **APARAT EKG NA WÓZKU – 4szt** |
| Lp. | **CECHY APARATU** |  | Poniżej należy **wypełnić** tabelę opisując lub potwierdzając wszystkie dane i parametry wymagane przez Zamawiającego |
| 1. | Aparat EKG na wózku  | Podać/model typ/ |  |
| 2. | Producent | Podać |  |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4. | Rok produkcji- fabrycznie nowe | TAK |  |
| 5 | Oznakowanie CE | TAK |  |
|  | **PODSTAWOWE PARAMETRY** |  |  |
| 6. | Aparat 12 kanałowy z analizą i interpretacją dla dzieci i dorosłych | TAK  |  |
| 7. | Kolorowy ekran graficzny LCD min. 5” z możliwością podglądu 12 lub 8 odprowadzeń EKG jednocześnie lub w grupach po 3 | TAK  |  **5” – 0 pkt****5,1” - 5,9” – 2 pkt****6,0” - 6,9” – 3 pkt****7,0” – 7,9” – 4 pkt****8” i powyżej – 5 pkt**  |
| 8. | Rozdzielczość ekranu min. 320 x 240 pikseli | TAK |  |
| 10. | Waga max 5 kg | TAK |  |
| 11. | Klawiatura alfanumeryczna i klawisze funkcyjne | TAK |  |
| 12. | Zasilanie sieciowe i akumulatorowe, akumulator wewnętrzny bezobsługowy | TAK |  |
| 13. | Papier termiczny o szerokości min. 80 mm | TAKpodać  |  |
| 14. | Min. trzy prędkości przesuwu papieru ( mm/s) w zakresie od 5 do 50 dla badania rytmu i 25;50 w trybie auto | TAK |  |
| 15. | Rejestracja jednoczasowa sygnału EKG z 12 odprowadzeń,  | TAK |  |
| 16. | Liczba drukowanych odprowadzeń: 3, 3+1, 3+3 lub 6 | TAK |  |
| 17. | Formaty wydruku: standard  | TAK |  |
| 18. | Rejestracja w trybie automatycznym i ręcznym | TAK |  |
| 19. | Czułość ( mm/mV) : 5;10;20 | TAK |  |
| 20. | Filtr zakłóceń sieciowych  | TAK |  |
| 21. | Wykonywanie pomiarów: HR, PR, QRS, QT, QTc  | TAK |  |
| 22. | Wykrywanie impulsów stymulatora | TAK |  |
| 23. | Częstotliwość próbkowania dla detekcji impulsów stymulatora: minimum 16000 próbek /s / kanał. | TAK |  |
| 24. | Częstotliwość cyfrowego próbkowania EKG dla analizy i zapisu: minimum 1 000 próbek / s / kanał. | TAK |  |
| 25. | Rozdzielczość przetwarzania a/c min.20 bitów | TAK |  |
| 26. | Cyfrowe filtry zakłóceń mięśniowych i pływania linii izoelektrycznej | TAK |  |
| 27. | Pamięć min. 40 zapisów EKG | TAK |  |
| 29. | Interfejs USB, umożliwiający zapis EKG na nośniku PenDrive | TAK |  |
| 30. | Wbudowany bufor do 5 minut bieżącego zapisu EKG | TAK |  |
| 31. | Funkcja wydruku najlepszych 10 sekund z zarejestrowanego zapisu EKG – funkcja Best 10 | TAK |  |
| 32. | Możliwość wydruku EKG z pamięci aparatu ze zmienionymi parametrami czułości, prędkości, zastosowanego filtru i w innym formacie wydruku  | TAK |  |
| 33. | Interfejs komunikacyjny sieci przewodowej Ethernet LAN | TAK |  |
| 34. | Możliwość rozbudowy o interfejs komunikacji bezprzewodowej WLAN | TAK |  |
| 35. | Moduł bezprzewodowej akwizycji sygnału EKG, wyposażony w: 10-elektrodowy (wymienny, 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 |  |
| 36. | Na wyposażeniu elektrody klamrowe i przyssawkowe, 10 ryz papieru/ jeden aparat, wózek do każdego aparatu | TAK |  |
| 37. | Menu obsługowe w języku polskim | TAK |  |
| 38 | Akumulator na min.1h ciągłej pracy | TAK | **Do 1 h – 0 pkt****Do 2 h – 1,5 pkt****Do 3 h – 2,5 pkt****Powyżej 3 h- 5 pkt** |
| L.p. | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |
| 1. | Aktualne certyfikaty i/lub deklaracje potwierdzające spełnienie odpowiednich dla wyrobu medycznego norm lub dyrektyw, uwzględniając w szczególności wymagania UE, deklaracja zgodności.Wpis do rejestru Wyrobów Medycznych. Podać numer. Kopia dokumentu na wezwanie Zamawiającego. | TAK  |  |
| 2. | Instrukcja obsługi, użytkowania oraz konserwacji i dezynfekcji w języku polskim przy dostawie (w formie wydrukowanej i elektronicznej).Skrócona instrukcja przy aparacie, po 1 egz. | TAK |  |
| 3. | Dokumentacja techniczna sprzętu w wersji elektronicznej i wydrukowanej w języku polskim | TAK |  |
| 4. | Instruktaż z zakresu obsługi personelu medycznego oraz technicznego w ramach zakupu sprzętu w siedzibie zamawiającego, po bezwzględnym uzgodnieniu terminu szkolenia z kupującym wraz z wydaniem zaświadczenia, certyfikatu o przebytym szkoleniu | TAK |  |
| 5. | Instruktaż personelu technicznego w zakresie bieżącej konserwacji oraz podstawowych napraw wraz z wydaniem zaświadczenia, certyfikatu o przebytym szkoleniu dla dwóch osób | TAK |  |
| 6. | Okres pełnej gwarancji i obsługi serwisowej na oferowane urządzenia min. 24 miesiące | TAKpunktacja | Min. 24 m-ce Max 48 m-cy Punktacja według SIWZ |
| 7. | Karta gwarancyjna wystawiona na zaoferowany okres gwarancji, wymagana przy dostarczeniu urządzeń | TAK  |  |
| 8. | W okresie gwarancji min. 1 nieodpłatny przegląd w roku, zgodnie z zaleceniami producenta | TAK**opisać** |  |
| 9. | Czas naprawy urządzenia w okresie gwarancyjnym max 3 dni lub urządzenie zastępcze | TAK**opisać** |  |
| 10. | Paszport techniczny dla poszczególnych urządzeń przy dostawie | TAK |  |
| 11. | Termin dostawy 30 dni | TAK |  |
| 12. | Dostawa urządzeń do siedziby zamawiającego wraz z instalacją, konfiguracją i uruchomieniem | TAK |  |
| 13. | Zabezpieczenie autoryzowanego serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym na okres minimum 10 lat | TAK |  |

**UWAGA**

Wypełniając powyższe tabele Wykonawca może je przepisać na komputerze i odpowiednio dostosować wielkość wierszy i kolumn do potrzeb Wykonawcy, zachowując treść poszczególnych wierszy i ich kolejność zapisaną przez Zamawiającego. Zmiana treści lub jej brak a także zmiana kolejności wierszy lub kolumn oraz ich brak spowoduje odrzucenie oferty.

Pytania dotyczące powyższych parametrów i wymagań muszą odnosić się precyzyjnie do poszczególnych punktów w tabeli i przedmiotu zamówienia. Niezastosowanie się przez Wykonawcy do danego wymogu skutkować będzie brakiem odpowiedzi na zadane pytanie.

**Niespełnienie choćby jednego z wymogów zawartych w opisie przedmiotu zamówienia dotyczących przedmiotu zamówienia stawianych przez Zamawiającego w powyższych tabelach spowoduje odrzucenie oferty.**