***Załącznik nr 2A, pakiet nr 1 do SWZ – po zmianie***

**Aparat do EKG z możliwością elektronicznego zapisu– 2 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Wartość wymagana** | ***Wartość oferowana***  *należy wpisać TAK lub NIE oraz w przypadkach wskazanych w tabeli podać dodatkowo wartość oferowanego parametru lub inne dane**wymagane w poszczególnych wierszach niniejszej tabeli* | **Ocena punktowa/Parametry oferowane** |
|  | **Producent/ dostawca** | **Podać** |  |  |
|  | **Nazwa i typ** | **Podać** |  |  |
|  | **Kraj pochodzenia** | **Podać** |  |  |
|  | **Rok produkcji 2022** | **TAK** |  |  |
|  | **Sprzęt nowy, nieużywany, nierekondycjonowany, niewystawowy** | **TAK** |  |  |
|  | Elektrokardiograf 12-kanałowy | **TAK** |  |  |
|  | Urządzenie wyposażone w kolorowy ekran graficzny – LCD min 800x600 min. 8” z możliwością podglądu 3, 6, 12 odprowadzeń | **Podać** |  |  |
|  | Klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna | **TAK** |  |  |
|  | Waga aparatu, **max. 6,3 [kg]** | **Podać** |  |  |
|  | Podłączenie pacjenta: 10 elektrodowy kabel pacjenta do tworzenia 12 standardowych odprowadzeń, kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą pacjenta | **TAK** |  |  |
|  | Prędkości przesuwu papieru min. 5, 6.25, 10, 12.5, 25, 50 [mm/s] | **Podać** |  |  |
|  | Możliwość wyświetlania odprowadzeń w formatach min. 3, 6, 12, 3x4, 6x2, 3x4+1R, 3X4+3R | **Podać** |  |  |
|  | Ilość drukowanych odprowadzeń min. 3, 6, 12 | **Podać** |  |  |
|  | Czułość min. 2.5; 5; 10; 20 [mm/mV] | **Podać** |  |  |
|  | Filtracja zakłóceń sieciowych 50-60 [Hz] i mięśniowych min. 25; 35, 45, off [Hz] | **Podać** |  |  |
|  | Filtr izolinii min. 0,05; 0,15; 0,25; 0,5[Hz] | **Podać** |  |  |
|  | Filtr dolnoprzepustowy min.75Hz/100Hz/150Hz | **Podać** |  |  |
|  | Rejestracja w trybie automatycznym: czas rzeczywisty | **TAK** |  |  |
|  | Funkcja detekcji kardiostymulatorów z częstotliwością próbkowania min 10 000Hz/s/kanał | **Podać** |  |  |
|  | Rozdzielczość min. 24bit | **Podać** |  |  |
|  | Sygnał dźwiękowy tętna w zakresie min 30-300bpm | **Podać** |  |  |
|  | Możliwość zapisu min. 100 przebiegów EKG w pamięci aparatu z możliwością rozszerzenia | **podać** |  |  |
|  | Dostępne profile min. automatyczny i manualny | **Podać** |  |  |
|  | Tryb LONG (do wykrywania arytmii) | **TAK** |  |  |
|  | Wydruk na papierze termicznym o szerokości 210 [mm] | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość wydruku bezpośrednio na drukarce laserowej lub atramentowej | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość podglądu zapisów EKG z analizą bez drukowania - z pamięci aparatu | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość wpisania do wydruku: danych pacjenta, lekarza lub oddziału | **TAK** |  |  |
|  | Dostępny format zapisu danych, min. PDF | **Podać** |  |  |
|  | Możliwość zapisu danych w formacie SCP,XML,DICOM | **TAK** |  |  |
|  | Możliwość podglądów raportów badania przez użytkownika bez konieczności drukowania | **TAK** |  |  |
|  | Zasilanie sieciowe: 230 [V], 50 [Hz], dodatkowo zasilanie z wewnętrznego akumulatora | **Podać** |  |  |
|  | Możliwość pracy na zasilaniu akumulatorowym min. 4 h lub min.300 wydruków w formacie 3x4+1ref | **Podać** |  |  |
|  | **Cena oferty obejmuje również:** |  |  |  |
|  | Standardowy kabel pacjenta do elektrod - 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Elektrody kończynowe - 1 kpl | **TAK** |  |  |
|  | Elektrody kończynowe pediatryczne- 1 kpl | **TAK** |  |  |
|  | Papier EKG-3szt. | **TAK** |  |  |
|  | Elektrody przedsercowe - 1 kpl. | **TAK** |  |  |
|  | Łącznik kabla ekg elektrody jednorazowej – 1 kpl. | **TAK** |  |  |
|  | Żel do EKG - 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Przewód zasilający - 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Dedykowany wózek na 4 kółkach (min. 2 kółka z blokadą) pod aparat, wyposażony w koszyk na akcesoria oraz w wysięgnik na kabel pacjenta - 1 szt. | **TAK** |  |  |
|  | Gwarancja | **TAK** | Zgodnie ze wskazaniem Wykonawcy w Formularzu ofertowym | **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy –40 pkt** |
|  | W cenie oferty przeglądy serwisowe w okresie gwarancji zgodnie z wymaganiami producenta zakończone wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu | **TAK** |  |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia dla pracowników z zakresu obsługi urządzenia. Szkolenie dla min. 2 osób. | **TAK** |  |  |
|  | Termin wykonania naprawy będzie wynosił do 14 dni od dnia otrzymania wysłanego przez Zamawiającego zawiadomienia (szczegółowe uregulowania w tym zakresie określa załącznik nr 4 do SWZ – wzór umowy) | **TAK** |  |  |
| 48. | Dostarczenie 2 sztuk instrukcji obsługi w języku polskim w formie papierowej oraz elektronicznej, karty gwarancyjnej, paszportu technicznego, dokumentacje techniczną | **TAK** |  |  |
| 49. | Wpis do rejestru wyrobów medycznych | **TAK** |  |  |
| 50. | Certyfikat lub deklaracja zgodności CE | **TAK** |  |  |

**Uwaga: Załącznik winien zostać sporządzony, pod rygorem nieważności, w formie elektronicznej.**