**Załącznik nr 4**

*(Pieczęć Wykonawcy)*

 **Opis techniczny przedmiotu zamówienia ( parametry techniczne – graniczne )**

**Warunki gwarancji, serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego oraz inne wymagania**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa parametru/podzespołu** | **Parametr / Warunek wymagany** | **Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)** |
| 1. | Kardiotokograf przeznaczony do monitorowania ciąży bliźniaczej i pojedynczej | TAK |  |
| 2. | Wyświetlacz z trybem prezentacji graficznej i liczbowej dla FHR (tętna płodu) i Toco (skurczów macicy) | TAK |  |
| 3. | Możliwość wyświetlenia tylko wartości liczbowych dla FHR (tętna płodu) i Toco (skurczów macicy) | TAK |  |
| 4. | Wbudowany ekran dotykowy min. 7” | TAK, podać |  |
| 5. | Klawisze funkcyjne do szybkiej obsługi podstawowych funkcji aparatu | TAK, podać |  |
| 6 | Monitorowanie nieinwazyjne FHR (tętna płodu) poprzez UDP (ultradźwiękowy doppler pulsacyjny) | TAK |  |
| 7 | Przetworniki tętna płodu ultradźwiękowe | TAK |  |
| 8 | Częstotliwość pracy 1,0 MHz | TAK, podać |  |
| 9 | Moc ultradźwięku fali US ≤10,0(mW/cm2) | TAK, podać |  |
| 10 | Funkcja przesunięcia wykresu tętna płodu dla monitoringu dwóch płodów | TAK |  |
| 11 | Zakres pomiarowy FHR (tętna płodu) min w zakresie 50-210 bpm | TAK, podać |  |
| 12 | FHR (tętna płodu) dokładność: + - 1 dla normatywnego przedziału częstotliwości pracy serca płodu | TAK, podać |  |
| 13 | Pomiar nieinwazyjny tętna płodu w trybie PWD (metoda doplerowska impulsowa) | TAK |  |
| 14 | Zerowanie pomiaru skurczów macicy (TOCO) automatyczne i manualne | TAK |  |
| 15 | Zakres pomiarowy TOCO (skurczów macicy) w przedziale min. 0-100 % | TAK, podać |  |
| 16 | Alarm dźwiękowy i wizualny tachykardii i bradykardii | TAK |  |
| 17 | Personalizacja poziomów alarmów odnoszące się do stanu zdrowia pacjentki i płodu | TAK |  |
| 18 | Manualne oraz automatyczne monitorowanie ruchów płodu z możliwością wydruku wykresu | TAK |  |
| 19 | Znacznik ruchów płodu zaobserwowanych przez pacjentkę | TAK |  |
| 20 | Możliwość zaznaczenia przez personel medyczny oraz wydruku zdarzeń medycznych (podanie znieczulenia, badanie ginekologiczne, OCT) | TAK |  |
| 21 | Opcja podpięcia stymulatora | TAK |  |
| 22 | Funkcja pomiaru z automatycznym czasem zapisu (długość badania) NST do wyboru: wył, lub 10, 20, 30, 40, 50, 60, 90 min | TAK, podać |  |
| 23 | Rejestracja i wydruk daty, godziny, informacji o pacjentce (imię, nazwisko, ID) | TAK |  |
| 24 | Wydruk pełnej analizy zapisu kardiotokograficznego w j. polskim z uwzględnieniem nieznacznej zmiany czasu cykli pracy serca oraz procentowej utraty sygnału | TAK |  |
| 25 | Personalizacja notatek przez personel medyczny | TAK |  |
| 26 | Możliwość przechowywania, podglądu oraz wydruku badań w pamięci – min 140 badań 30-mniutowych | TAK, podać |  |
| 27 | 3 trybu podglądu na ekranie zapisanego badania w krokach co 6 s, 1 min, 10 min. | TAK, podać |  |
| 28 | Możliwość szybkiego wydruku bezpośrednio z aparatu badania zapisanego w pamięci | TAK |  |
| 29 | Wieloformatowy wydruk zapisu | TAK |  |
| 30 | Wydruk na papierze termo czułym w formacie A4 | TAK |  |
| 31 | Wydruk siatki wykresu na gładkim papierze | TAK |  |
| 32 | Możliwość ustawienia aparatu pod kątem | TAK |  |
| 33 | Możliwość zapisu na nośniku elektronicznym poprzez USB w formacie JPG | TAK |  |
| 34 | Producent zapewnia istnienie na runku dedykowanej centrali monitorującej z możliwością podłączenia aparatu w późniejszym czasie | TAK |  |
| 35 | Wyposażenie: | TAK, podać |  |
| głowica Toco, |
| 2 głowice US, |
| znacznik ruchów płodu, |
| stojak do aparatu/ wózek na aparat |
| 3 pasy mocujące, |
| 2 rolki papieru, 2 żele, |
| akumulator Li-on (litowo-jonowy) |
| nstrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim, |
| karta gwarancyjna, |
| deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu |

**Serwis gwarancyjnym i pogwarancyjny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***II.*** | **Warunki gwarancji i serwisu:** |  |  |
| 1. | Okres gwarancji , liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego min.24 miesiące max 60 miesięcy | TAK, podać |  |
| 2. | Dostawa przedmiotowego wyrobu medycznego kompletna, gotowa do eksploatacji bez konieczności ponoszenia przez Zamawiającego jakichkolwiek dodatkowych kosztów | TAK |  |
| 3. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie polski | TAK\* / NIE\* podać adresy oraz telefony kontaktowe |  |
| 4. | Przeglądy okresowe wymagane przez Producenta ( zgodnie z zaleceniami producenta ) w okresie gwarancji ( dotyczy robocizny, części niezbędnych do wykonania przeglądu, części zamiennych oraz dojazdu ), w tym 1 w okresie miesiąca przed upływem gwarancji oraz zobowiązany jest do wymiany na swój koszt w czasie przeglądów zużytych części aparatu. | TAK, podać |  |
| 5. | Gwarancja produkcji części zamiennych ( ilość lat ) min. 10 lat | TAK, podać |  |
| 6. | Maksymalnie dopuszczalna liczba napraw gwarancyjnych – 3, w przypadku przekroczenia 3 napraw elementu urządzenia w okresie gwarancyjnym wymiana elementu urządzenia na nowy | TAK |  |
| 7. | Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa , nie dłużej jak 48 godzin. (liczone w dniach roboczych)Naprawa serwisowa wykonana w ciągu 72 h ( liczone w dniach roboczych ) od momentu zgłoszenia awarii; w przypadku przekroczenia terminu, konieczność zaoferowania urządzenia zastępczego o zbliżonych parametrach | TAK |  |
| 8. | Dwukrotne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji oraz personelu technicznego ( 2 osoby ) w zakresie podstawowych czynności sprawdzania stanu technicznego ( arkusz oceny technicznej ) i podstawowej konserwacji technicznej | TAK |  |
| 9. | Możliwość zgłaszania usterek | TAK podać sposób oraz numery telefonów i faksu |  |
| 10. | W okresie naprawy przekraczającej 5 dni roboczych, zapienienie pełnowartościowego wyrobu medycznego tego samego rodzaju  | TAK |  |
| 11. | Okres gwarancji przedmiotu umowy, w przypadku trwania przerwy w jego eksploatacji (liczonej od przyjęcia zgłoszenia do ponownego oddania do użytku) dłuższej niż 7 dni, ulega przedłużeniu o pełna ilość dni trwania przerwy eksploatacyjnej  | TAK |  |
| 12. | Autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski | Tak  |  |

Oświadczam, iż spełnimy wszystkie wyżej opisane warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego,
a oferowane przez nas urządzenie medyczne spełnia wyżej określone wymagania.

UWAGA:

W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu medycznego (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SIWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.

………………………………………………………

 *(miejscowość, data)*

 ..................................................................

 *(podpis i pieczątka osób/osoby uprawnionych*

 *do występowania w imieniu wykonawcy*