***Załącznik Nr 2 do SWZ część 6***

***(Załącznik nr 2 do Umowy)***

**Opis przedmiotu zamówienia**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu i aparatury medycznej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poz. nr | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość |
| Część 6 |
| 1 | Aparat EKG | 2 szt. |
|  | **Cena za 1 szt.** ……………………………… netto **Cena za 1 szt.** ……………………………………… brutto | - |
| 2 | Zestaw do 24h diagnostyki kardiologicznej | 1 kpl. |
|  | Cena netto …………………………………….. cena brutto …………………………………….. | - |

1. Zamawiający wymaga dostarczenia w ramach zamówienia fabrycznie nowych urządzeń medycznych (rok produkcji zgodnie z rokiem dostawy). Nie dopuszcza się oferowania urządzeń używanych, rekondycjonowanych oraz demonstracyjnych. Urządzenia medyczne muszą być wolne od wszelkich wad fizycznych (konstrukcyjnych) oraz prawnych.
2. Zaoferowana aparatura medyczna musi posiadać wymagane świadectwa i certyfikaty oraz oznakowanie przewidziane zapisami Ustawy o Wyrobach Medycznych świadczące o wymaganym dopuszczeniu do stosowania i obrotu na terenie Polski tj. certyfikat CE i deklarację zgodności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych.
3. Zaoferowana aparatura medyczna musi być kompletna i gotowa do użytkowania bez dodatkowych zakupów.
4. W okresie gwarancji Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązuje się do:

wykonywania okresowych przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Każdorazowy okresowy przegląd techniczny musi odbyć się w ściśle określonym terminie. Nie wykonanie okresowego przeglądu technicznego w wyznaczonym czasie skutkuje wydłużeniem pełnego zakresu gwarancyjnego o jeden miesiąc za każdy dzień zwłoki oraz dodatkowo przysługiwać będzie jedna naprawa, której całkowity koszt będzie po stronie Wykonawcy.

przystąpienie do usunięcia awarii w terminie do 1 dnia od momentu jej zgłoszenia przez Zamawiającego. Za przystąpienie do usunięcia awarii Zamawiający uzna działanie Wykonawcy, które ma doprowadzić do usunięcia awarii lub rozpoczęcia diagnozy uszkodzenia w drodze telefonicznego wywiadu technicznego, serwisu zdalnego lub wizyty osobistej pracownika działu serwisu Wykonawcy. Skuteczna naprawa zostanie dokonana w ciągu 3 kolejnych dni roboczych. W przypadku gdy naprawa awarii wymaga sprowadzenia części spoza granic kraju, termin może ulec wydłużeniu, lecz nie dłużej niż do 5 dni roboczych. W przypadku niemożliwości dochowania terminu naprawy Wykonawca obowiązany jest do dostarczenia sprzętu zastępczego, o nie gorszych parametrach niż będący przedmiotem umowy na czas wykonania skutecznej naprawy.

dostarczenia fabrycznie nowego urządzenia w przypadku wystąpienia trzykrotnie tej samej awarii.

przekazania Zamawiającemu, po każdej planowej czynności serwisowej oraz każdej naprawie, raportu serwisowego zawierającego opis wykonanych czynności serwisowych lub opis wykonanej naprawy z określeniem zużytych do naprawy części oraz określeniem czasu trwania naprawy serwisowej lub czynności serwisowej.

1. Po zakończonym okresie gwarancyjny Wykonawca zobowiązany jest udostępnić Zamawiającemu wymaganą dokumentację serwisową wraz z kodami serwisowymi, umożliwiającą wykonanie okresowego przeglądu technicznego zgodnie z zaleceniami producenta.
2. Wszelkie czynności serwisowe muszą być realizowane przez podmiot upoważniony przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności, zgodnie z art. 90 Ustawy o wyrobach medycznych. W związku z powyższym Wykonawca przy dostawie załączy wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności serwisowych.
3. Przedmiot zamówienia musi być oznakowany przez producenta w Taki sposób, aby możliwa była identyfikacja zarówno produktu jak i producenta.
4. Opis oferowanych urządzeń nie powinien budzić żadnej wątpliwości Zamawiającego. Z opisu powinno wynikać, że oferowany przedmiot zamówienia jest o Takich samych parametrach, jaki wymaga Zamawiający lub parametrach lepszych poprzez dokładne wskazanie zaoferowanych parametrów wg punktów wyszczególnionych przez Zamawiającego w zestawieniu wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych.
5. Zamawiający ma prawo do sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów techniczno – użytkowych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym również poprzez zwrócenie się o złożenie dodatkowych wyjaśnień do Wykonawcy.

***Faktura dostarczona w dniu realizacji zamówienia.***

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

|  |
| --- |
| **Poz. 1** |
| **Aparat EKG (2 szt.)****model / typ: ……………………………****producent: ……………………………** |
| **Rok produkcji: ………………………** |
| ***Lp.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1. **Wymogi formalne**
 |
|  | Urządzenie medyczne fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2023 roku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie medyczne do obrotu i  używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022. (Dz. U z 2022 r. poz. 974 i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 (deklaracja zgodności UE) | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
|  | Zgłoszenie wyrobu lub powiadomienie Prezesa Urzędu RPLWMiPB | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wymogi podstawowe**
 |
|  | Zapis 12 odprowadzeń EKG | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Odrzucanie sygnałów powszechnych  | > 125 [dB] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | 24 bitowa akwizycja sygnału EKG | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres częstotliwości | Min. 0,04 – 300 [Hz] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość pracy w trybach: * Auto,
* Manual,
* Arytmia (z definiowalnym czasem pomiaru)
 | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość wydruku raportu zbiorczego | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczny tryb monitorowania arytmii z detekcją i analizą zdarzeń: * Asystolia,
* Para,
* pobudzenie wtrącone komorowe,
* pauza,
* przedwczesny skurcz nadkomorowy i komorowy,
* błąd kardiostymulatora,
* wstawka pobudzeń komorowych,
* migotanie,
* trzepotanie komór,
* częstoskurcz komorowy.
 | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Rozpoczęcie akwizycji sygnału poprzez jeden przycisk | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Detekcja stymulatora serca z możliwością włączenia/wyłączenia tej opcji | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 10 pkt.****Nie – 0 pkt.** |
|  | Automatyczna regulacja linii izoelektrycznej | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i mięśniowych | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres pomiar akcji serca [uderzeń/min.] | Min. 30 – 300 [uderzeń/min.] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość uaktualniania oprogramowania, za pośrednictwem nośników danych | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 10 pkt.****Nie – 0 pkt.** |
|  | Analiza i interpretacja wyników EKG | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Obwody wejściowe odporne na impuls defibrylujący | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Próbkowanie stymulatora serca [Hz] | Min. 75 000 [Hz] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Filtry dolnoprzepustowe: * 20 Hz
* 40 Hz
* 100 Hz
* 150 Hz
* 300 Hz
 | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Korekcja QT wedle Bazett, Framingham, Fridericia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość włączenia drukowania diagnoz prawidłowych w automatycznym opisie badania. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Molziwość ustawienia standardu odprowadzeni: • Standard• Cabrera• NEHB• SEQ4 | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 10 pkt.****Nie – 0 pkt.** |
| 1. **Drukarka**
 |
|  | Prędkość zapisu:* 5 [mm/s],
* 12,5 [mm/s],
* 25 [mm/s],
* 50 [mm/s]
 | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość przeglądu zapisu EKG przed wydrukiem w celu wizualnej inspekcji jakości zapisu  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wydruk na wbudowanej drukarce na papierze termicznym A5 (do 12 krzywych) z automatycznym opisem parametrów rejestracji, datą i godziną badania | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość konfiguracji wydruku 12 kanałowego EKG w formacie 2 x A5 do formatu A4/12 kanałów | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 10 pkt.****Nie – 0 pkt.** |
|  | Możliwość trwałego odłączenia w systemie opcji wydruku i automatycznego zapisu badań tylko do pamięci aparatu | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 10 pkt.****Nie – 0 pkt.** |
| 1. **Ekran**
 |
|  | Urządzenie wyposażone w kolorowy, dotykowy ekran umożliwiający jednoczesny podgląd 12 kanałów EKG | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Przekątna ekranu [cal] | Min. 8,5” (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Rozdzielczość ekranu [px] | Min 890 x 550 [px] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczne dane demograficzne pacjenta:* numer identyfikacyjny
* nazwisko
 | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Informacja na ekranie o stanie naładowania akumulatora oraz o podłączeniu do sieci | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod z pacjentem lub złej jakości sygnału za pomocą wizualnych sygnałów na ekranie | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczna wartość częstości serca (w uderzeniach na minutę)  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Podczas pomiaru EKG na ekranie widoczny komunikat tekstowy o awarii odprowadzenia | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wymagania techniczne**
 |
|  | Zasilanie sieciowe i akumulatorowe | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Praca przy zasilaniu akumulatorowym [min.] | Min. 150 [min.] (podać) |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.****Wartość największa – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie.** |
|  | Pamięć wewnętrzna | Min. 280 pomiarów (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Export danych poprzez SFTP oraz folder współdzielony do formatu PDF | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Łatwy dostęp i wymiana akumulatora bez potrzeby używania narzędzi | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość podłączenia kabla pacjenta z wymiennymi przewodami elektrod na wypadek uszkodzenia jednego przewodu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Masa urządzenia gotowego do pracy [kg] | Max. 5 [kg] |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.****Wartość najmniejsza – 5 pkt. Pozostałe proporcjonalnie.** |
|  | Urządzenie wyposażone w minimum 2 port USB do bezpośredniego podłączenia zewnętrznej klawiatury lub opcjonalnego czytnika kodów kreskowych | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Współpraca i export badań do nośników USB typu PenDrive | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Export badań do pamięci USB – Pendrive | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Interfejs komunikacyjny: i LAN | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowana obsługa LDAP | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Komunikacja z aparatem w języku polskim | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Aparat wyposażony w dedykowany wózek z wysięgnikiem na przewody pacjenta, koszykiem na akcesoria | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Kompatybilność wymiany informacji z systemem Muse  | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 10 pkt.****Nie – 0 pkt.** |
|  | Wbudowana komunikacja WiFi | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wraz z wyposażeniem czytnik kodów kreskowych, kompatybilny z oferowanym aparatem | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wraz z wyposażeniem pulsoksymetr transportowy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | DICOM | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania**
 |
|  | Okres gwarancji 60 miesięcy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja dostępności autoryzowanego serwisu oraz części zamiennych po upływie okresu gwarancyjnego – nie mniej niż 10 lat licząc od daty jej zakończenia. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Częstotliwość przeglądów wszystkich dostarczonych urządzeń | Podać, opisać |  |  | Bez punktacji |
|  | Uzupełniony paszport techniczny, podpisany przez uprawnionego serwisanta wraz z kartą gwarancyjną. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności CE z wymaganiami określonymi w dyrektywie 98/79/WE wydaną przez wytwórcę/ autoryzowanego przedstawiciela zgodnie z ww. ustawą o wyrobach medycznych – dotyczy urządzeń, które są wyrobami medycznymi. Dostarczenie wraz z dostawą aparatem. | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostarczenie instrukcji obsługi do wszystkich dostarczonych urządzeń, a także oprogramowania, oraz dokumentacji technicznej w języku polskim, w wersji papierowej i elektronicznej – po 1 szt. w każdej z wersji. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szkolenie stanowiskowe w miejscu instalacji (potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem) | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na terenie kraju | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na oferowane urządzenia (załączyć stosowną autoryzację), podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
| **Poz. 2** |
| **Zestaw do 24h diagnostyki kardiologicznej** **model / typ: ……………………………****producent: ……………………………** |
| **Rok produkcji: ………………………** |
| ***Lp.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1. **Wymogi formalne**
 |
|  | Urządzenie medyczne fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2023 roku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie medyczne do obrotu i  używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022. (Dz. U z 2022 r. poz. 974 i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 (deklaracja zgodności UE) | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
|  | Zgłoszenie wyrobu lub powiadomienie Prezesa Urzędu RPLWMiPB | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wymogi podstawowe**
 |
|  | Oprogramowanie z kluczem zabezpieczającym do rejestratorów Holter EKG | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Oprogramowanie do analizy EKG metodą Holtera przeznaczone do instalacji na komputerze użytkownika. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Analiza Zapisu EKG w trybach:* Prospektywny
* Retrospektywny
 | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Analiza arytmii pochodzenia komorowego i nadkomorowego | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szybki dostęp do zapisu EKG z dowolnego poziomu analizy | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 10 pkt.****Nie – 0 pkt.** |
|  | Możliwość wykrywania, przeglądania oraz tworzenia ilościowych raportów w zakresie oceny:* VE
* S’SVT
* P’SVT
* Pauz
* IRR VT
* IVR
* Tachy
* Brady
* Salwa
* Bigeminia
* Trigeminia
* Pary
* R na T
* Uniesienia i obniżenia ST
* Epizody ST
* Średni rytm serca
* Procentowy udział artefaktów
 | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Tabelaryczna prezentacja danych liczbowych | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Prezentacja wyników w formie trendów | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Przygotowanie do druku automatycznie lub ręcznie | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Drukowanie całego zarejestrowanego sygnału EKG | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Niezależna analiza ST każdego kanału EKG dla wybranych punktów odniesienia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Bezprzewodowa transmisja danych umożliwiająca podgląd zapisu EKG w czasie rzeczywistym | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 10 pkt.****Nie – 0 pkt.** |
|  | Analiza zmienności rytmu w dziedzinie czasu i częstotliwości | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Analizy odstępu QT (wyniki w formie tabelarycznej graficznej) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Współpraca z oferowanymi rejestratorami | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Rejestrator holterowski (4 szt.) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zapis 12 – kanałowy, 48 – godzinny lub 7 – dniowy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Rejestracja dwunastu odprowadzeń EKG | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Podgląd przebiegu EKG (komunikacja bezprzewodowa) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Detekcja odpiętej elektrody | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Karta SD do zapisu danych EKG (2 szt. na jedno urządzenie) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie jedną baterią alkaliczną typu AA lub LiFe lub akumulatorem Ni-MH. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Rozdzielczość wykrywania impulsów stymulacji 10 kHz  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Trójkolorowa dioda informująca o stanie rejestratora  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa informująca o stanie rejestratora | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Sygnalizacja uszkodzonej karty SD, wyczerpanej baterii, INOP | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Rejestracja dwóch rodzajów zdarzeń  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Funkcje oszczędności energii baterii  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Współpraca z oferowanym oprogramowaniem  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wymiary max. 75mm x 80mm x 25mm | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dodatkowe wyposażenie do każdego rejestratora: elektrody jednorazowe, bateria alkaliczna typu AA, karta SDHC 4 GB - 2 szt., etui na każdy rejestrator, kapturki do przycisku zdarzeń | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Oprogramowanie z kluczem zabezpieczającym do rejestratorów Holter ciśnienia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Histogram: SYS, DIA, HR  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Edycja progów pomiarowych  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Pomiary całodobowe oraz dla poszczególnych okresów  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Prezentacja statystyki: * spadki nocne,
* dipper,
* non dipper,
* extreme dipper
 | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Pomiary wykonane do zaplanowanych – analiza statystyczna | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Pomiary uwzględnione do wykonanych – analiza statystyczna  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wartości średnie z całej doby  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Prezentacja pomiarów odczytanych: SYS, DIA, MAP, HR  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Okresy z podziałem na aktywność i sen  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Definicja aktywności/snu: min. 4  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Współpraca z oferowanymi rejestratorami | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Rejestrator Holter ciśnienia (2 szt.) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres pomiaru: 0 – 300 mmHg | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Czujnik ciśnienia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Pamięć min. 1000 badań | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Okresy pomiarowe min. 5  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Definicja aktywności/ snu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość ustawienia trybu pracy: pacjent dorosły, dziecko | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Harmonogram rejestracji pomiarów | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szybki start pracy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wewnętrzny zegar czasu rzeczywistego | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Klawiatura zewnętrzna w tym przycisk zdarzeń | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wyświetlacz OLED | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie bateryjne lub port USB | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Ciśnienie w mankiecie: wartość liczbowa lub graficznie  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wyniki pomiarów: ciśnienie skurczowe, rozkurczowe, średnie i HR  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wyświetlanie błędów pomiaru w postaci ostrzeżeń i kodów  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Funkcja testu manometru  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Funkcja testu szczelności  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Oszczędzanie energii  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Współpraca z oferowanym oprogramowaniem | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wymiary max. 95 x 40 x 95 mm  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dodatkowe wyposażenie do każdego rejestratora: mankiety (wszystkie dostępne rozmiary), bateria alkaliczna typu AA, przewód ciśnieniowy, łącznik mankietu i przewodu ciśnieniowego, torba na rejestrator z paskiem | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Czytnik kart SD | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | DICOM | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania**
 |
|  | Okres gwarancji 60 miesięcy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja dostępności autoryzowanego serwisu oraz części zamiennych po upływie okresu gwarancyjnego – nie mniej niż 10 lat licząc od daty jej zakończenia. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Częstotliwość przeglądów wszystkich dostarczonych urządzeń | Podać, opisać |  |  | Bez punktacji |
|  | Uzupełniony paszport techniczny, podpisany przez uprawnionego serwisanta wraz z kartą gwarancyjną. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności CE z wymaganiami określonymi w dyrektywie 98/79/WE wydaną przez wytwórcę/ autoryzowanego przedstawiciela zgodnie z ww. ustawą o wyrobach medycznych – dotyczy urządzeń, które są wyrobami medycznymi. Dostarczenie wraz z dostawą aparatem. | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostarczenie instrukcji obsługi do wszystkich dostarczonych urządzeń, a także oprogramowania, oraz dokumentacji technicznej w języku polskim, w wersji papierowej i elektronicznej – po 1 szt. w każdej z wersji. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szkolenie stanowiskowe w miejscu instalacji (potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem) | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na terenie kraju | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na oferowane urządzenia (załączyć stosowną autoryzację), podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
| **Serwis gwarancyjny, lokalizacja:** |
|  | **Pełna nazwa serwisu:**  |
|  | **Adres:**  |
|  | **Telefon:**  |
|  | **e-mail:** |
|  | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności związanych z okresową konserwacją, obsługą serwisową, przeglądami, sprawdzaniem lub kontrolą bezpieczeństwa | *(podać)* |
|  | Wykaz dostawców część zamiennych i zużywalnych oraz materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania Towaru | *(podać)* |
|  | Zgłoszenia awarii/ wad/ błędów/ usterek | *(podać)**Numer telefonu: ………………………………………………………..,* *email:………………………………………………………….…………* |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać zakresy***

Wartości podane w rubrykach Parametr/Parametry wymagane stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty (nie dotyczy parametrów ocenianych, gdzie Wykonawca może wpisać „NIE”, nie otrzymując tym samym punktów).

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantują bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewniają wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenia są kompletne i będą gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

 *uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*