Załącznik nr 1 do siwz (wypełnić i załączyć do oferty) Nr sprawy PCZ-NZP-382/22/20

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

Zad. nr 8 – holter ciśnienia krwi – 1 szt. (wyrób medyczny kl IIa)

Nazwa producenta: ......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

Kraj pochodzenia: .......................................................

Rok produkcji nie wcześniej niż 2020 rok: ......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| 1 | kompaktowy, przenośny, holter ciśnienia krwi do zastosowań profesjonalnych | TAK |  |
| 2 | aparat nadaje się do pracy mobilnej | TAK |   |
| 3 | kolorowy wyświetlacz 2.4'' | TAK |   |
| 4 | holter ciśnienia krwi umożliwia ciągły zapis 24-godzinnej analizy | TAK |   |
|  5 | do zastosowań zarówno dla dorosłych jak i dla dzieci | TAK |   |
| 6 | możliwość podłączenia urządzenia do komputera za pomocą kabla USB- dane mogą być w łatwy sposób przeniesione do oprogramowania w celu archiwizacji, analizy wyników i dokonania wydruków | TAK |   |
| 7 | DANE TECHNICZNE:- temperatura pracy: od 5°C do 40°C- wilgotność pracy: 15-85% - ciśnienie atmosferyczne pracy: 70-106kPa- wymiary max. 130mm\*70mm\*38mm- waga max 0.25kg (bez baterii)- metoda pomiaru: oscylometryczna- Zasilanie: 2 x bateria AA 1,5V | TAK |   |
| 8 | STANDARDOWE WYPOSAŻENIE:- holter ciśnienia krwi: 1szt. - mankiet dla dorosłych (25-35cm): 1 szt.- kabel USB: 1 szt.- instrukcja obsługi w języku polskim: 1 szt. | TAK |   |
| 9 | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
| 10 | Deklaracja zgodności CE | TAK |  |
| 11 | Producent/Wykonawca\*\* Wykonawca posiadający autoryzację producenta na terenie Polski i zapewniający autoryzowany serwis producenta na terenie Polski. Potwierdzić odpowiednim dokumentem przed zawarciem umowy. | TAK |  |

Holter EKG – 1 szt. (wyrób medyczny kl IIa)

Nazwa producenta: ......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

Kraj pochodzenia: .......................................................

Rok produkcji nie wcześniej niż 2020 rok: ......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| 1 | kompaktowy, przenośny, holter EKG (12 odprowadzeń) do zastosowań profesjonalnych | TAK |  |
| 2 | aparat idealnie nadaje się do pracy mobilnej | TAK |   |
| 3 |  kolorowy wyświetlacz | TAK |   |
| 4 | holter ekg umożliwia ciągły zapis przebiegów EKG do 24-godzinnej analizy. | TAK |   |
|  5 | Do urządzenia dołączone oprogramowanie umożliwiające złożoną analizę danych zapisanychw urządzeniu:- analiza rytmu- analiza odcinka ST- analiza dyspersji QT- analiza zmienności rytmu zatokowego (HRV)- analiza turbulencji (HRT)- analiza pracy stymulatora- analiza TVCG, VLP, VCG | TAK |   |
| 6 | DANE TECHNICZNE:- temperatura pracy: od 10°C do 45°C- wilgotność pracy: <=85%- ciśnienie atmosferyczne pracy: 86-106kPa- wymiary: 111mm\*60mm\*25mm- waga: 0.105kg (bez baterii)- klasa bezpieczeństwa: Typ B- Zasilanie: 2 x bateria AA 1,5V | TAK |   |
| 7 | STANDARDOWE WYPOSAŻENIE:- holter EKG - kabel EKG(12 odprowadzeń) - 1szt.- kabel USB - 1szt.- komplet elektrod jednorazowych – 1 kpl. | TAK |   |
| 8 | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |   |
| 9 | Certyfikat CE, Deklaracja zgodności producenta na oferowane urządzenie | TAK |  |
| 10 | Zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | TAK |  |
| 11 | Producent/Wykonawca\*\* Wykonawca posiadający autoryzację producenta na terenie Polski i zapewniający autoryzowany serwis producenta na terenie Polski. Potwierdzić odpowiednim dokumentem | TAK |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie *parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego**

**parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

**…………………………….**

**Podpis Wykonawcy**