Załącznik nr 1 do swz (wypełnić i załączyć do oferty) Nr sprawy PCZ-NZP-382/6/21

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WYMAGANYCH WARUNKÓW**

**Zad. nr 12** – Kardiotokograf - 1 szt.

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

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

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

Rok produkcji: ......................................................

**Klasa wyrobu medycznego- II a**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| Wymagania ogólne |
|  | Monitorowanie częstości pracy serca płodu FHR metodą ultradźwiękową | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru FHR 30÷240 BPM  | Tak |  |
|  | Dopuszczalny błąd pomiaru +/- 1BPM | Tak |  |
|  | Częstotliwość pracy przetwornika ultradźwiękowego – 2 MHz | Tak |  |
|  | Intensywność ultradźwiękowa ≤ 10 mW/cm2 | Tak |  |
|  | Ustawiane limitów (dolnego i górnego) alarmu dźwiękowego i wizualnego FHR | Tak |  |
|  | Ustawiany czas opóźnienia alarmów FHR | Tak |  |
|  | Pomiar TOCO, metodą zewnętrzną | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru głowicy TOCO: 0÷1000g (0÷100 jednostek względnych), błąd nieliniowości +/- 8% | Tak |  |
|  | Funkcja autozerowania TOCO | Tak |  |
|  | Głowice wodoszczelne w standardzie: Toco IP68, Cardio IPX4 | Tak |  |
|  | Ustawianie linii odniesienia (bazowej) TOCO (0%, 5%, 10%, 15%, 20%) | Tak |  |
|  | Ustawianie poziomu czułości pomiaru TOCO (50%, 100%, 200%) | Tak |  |
|  | Ręczny znacznik ruchu płodu wyczuwanego przez pacjentkę | Tak |  |
|  | Funkcja automatycznego identyfikowania ruchów płodu  | Tak |  |
|  | Funkcja zapisu znacznika klinicznego (cztery znaczniki) | Tak |  |
|  | Archiwizacja badań w pamięci wewnętrznej aparatu (72 h lub 600 badań) | Tak |  |
|  | Wyświetlacz ciekłokrystaliczny, kolorowy, TFT LCD, 10,2” z możliwością regulacji kąta nachylenia | Tak |  |
|  | Wyświetlane krzywe FHR, TOCO, znaczniki FM oraz znaczniki kliniczne | Tak |  |
|  | Wyświetlana wartość i poziom sygnału FHR | Tak |  |
|  | Wyświetlana wartość TOCO 0÷100 jednostek | Tak |  |
|  | Wyświetlane numeru urządzenia w sieci | Tak |  |
|  | Wbudowana drukarka termiczna | Tak |  |
|  | Zapis w czasie rzeczywistym krzywych FHR, TOCO, znaczników ruchu FM i znaczników klinicznych  | Tak |  |
|  | Funkcja timera NST | Tak |  |
|  | Papier termoczuły o szerokości 156 mm (składanka) | Tak |  |
|  | Wydruk na papierze ze skalą 30-240BPM | Tak |  |
|  | 3 poziomy prędkości przesuwu papieru: wydruk badania w skali poziomej – 1, 2 lub 3 cm/min ustawianej przez użytkownika | Tak |  |
|  | Długość przewodu głowic min. 2 m | Tak |  |
|  | Opcja monitorowania ciąży bliźniaczej lub trojaczej | Tak |  |
|  | Szybkość transmisji danych 9600 BPS, możliwość pracy w sieci | Tak |  |
|  | Możliwość przeglądania i wydruku zapisanych w pamięci badań (szybki wydruk do 75 mm/s) | Tak |  |
|  | Możliwość montażu aparatu na ścianie | Tak |  |
|  | Statystyczna analiza zarejestrowanego badania | Tak |  |
|  | Opcja z modułem telemetrycznym – wersje ELITE I STANDARD (bezprzewodowe, wodoszczelne głowice FHR, TOCO, znacznik FM – po 1szt.) | Tak |  |
|  | Opcja monitorowania 2 łóżek jednocześnie - wersja STANDARD | Tak |  |
|  | Opcja wyposażona w akumulator Li-Ion (czas pracy 2÷4h, ładowanie ≤ 12h) – wersja standard | Tak |  |
|  | Wyposażenie standardowe: - głowica Cardio (przetwornik ultradźwiękowy) – 1szt. - głowica TOCO - 1 szt.- przycisk pacjentki EVENT – 1 szt. - papier termoczuły w formie składanki - pasy mocujące przetworniki- przewód zasilający | Tak |  |
|  | Wózek na kółkach z blokadą kół pasujący do proponowanego modelu KTG | Tak |  |
|  | Koszty związane z transportem, instalacją oraz przeszkoleniem personelu są pokrywany przez Wykonawcę.  | Tak |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – maksymalny czas podjęcia działań zmierzających do usunięcia awarii do 48 godz., czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw max. 72 godz., czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów z zagranicy max. 7 dni. | Tak |  |
|  | W sytuacji gdy czas naprawy przekroczy 7 dni lub nie można wykonać naprawy urządzenia na miejscu , Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze o takich samych parametrach. | Tak |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące  | Tak |  |

Całkowity koszt urządzenia: ……………. zł netto, …………….. zł brutto

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 SWZ, 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**