Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego (wypełnić i załączyć do oferty)

Nr sprawy PCZ-NZP-382/15/21

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WYMAGANYCH WARUNKÓW**

**Zad. nr 1** – dostawa przenośnych elektrokardiografów szt. 3 (trzy urządzenia od jednego producenta)

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

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

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

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

Wyrób medyczny kl. I

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| 1. | Ekg przenośny- szt. 3.Elektrokardiograf 1, 3, 6 - kanałowy aparat umożliwiający wykonywanie elektrokardiogramu w pełnym zakresie 12 odprowadzeń. Przeznaczony do wykonywania badań EKG dorosłych i pediatrycznych pacjentów w celu wyszukiwania nieprawidłowości kardiologicznych, wykrywania niedokrwienia mięśnia sercowego bądź zawału. Elektrokardiograf przeznaczony do użycia we wszystkich placówkach służby zdrowia oraz jako aparat transportowy przez przeszkolony personel. Zapis badania odbywa się w trybie ręcznym lub w trybie automatycznym. Na wyposażeniu torba transportowa. | TAK |  |
| Wymagane parametry |
| 2. | Rejestracja odprowadzeń EKG12 standardowych | TAK |  |
| 3.  | Drukarka wbudowana | TAK |  |
| 4. | Szerokość papieru 110-112 mm | TAK |  |
| 5. | Tryb wydruku 1, 3 lub 6 przebiegów wybranej grupy | TAK |  |
| 6. | Drukowanie w układzie standardowym 1, 3 lub 6 przebiegów wybranej grupy | TAK |  |
| 7. | Wydruk z bazy pacjentów tak, dołączenie imienia i nazwiska do wydruku przebiegu EKG | TAK |  |
| 8. | Prezentacja na wyświetlaczu 1, 3 lub 6 przebiegów EKG | TAK |  |
| 9.  | Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi menu proste, wyświetlane na ekranie | TAK |  |
| 10. | Grubość wydruku linii normalna | TAK |  |
| 11.  | Wyświetlacz / ekran240x128 | TAK |  |
| 12. | Wyświetlacz / ekran monochromatyczny | TAK |  |
| 13. | Obsługa za pomocą klawiatury | TAK |  |
| 14. | Bateria do 130 badań automatycznych | TAK |  |
| 15. | Praca na otwartym sercu  | TAK |  |
| 16. | Filtr zakłóceń sieciowych 50 Hz, 60 Hz | TAK |  |
| 17. | Filtr zakłóceń mięśniowych  | TAK |  |
| 18. | Filtr izolinii | TAK |  |
| 19. | Detekcja odpięcia elektrody INOP niezależna dla każdej elektrody | TAK |  |
| 20. | Język menu wielojęzyczne (w tym język polski)  | TAK |  |
| 21. | Dodatkowa funkcja zasilania | TAK |  |
| 22. | zewnętrzny port USB typu Micro B | TAK |  |
| 23. | Wykryte pobudzenia stymulatora serca  | TAK |  |
| 24. | dźwiękowa sygnalizacja | TAK |  |
| 25. | Zabezpieczenie impuls defibrylujący | TAK |  |
| 26. | Prezentacja impulsów stymulujących na wyświetlaczu, na wydruku | TAK |  |
| 27. | Oszczędzanie energii | TAK |  |
| 28. | Dodatkowe funkcje AUTO - wydruk w czasie rzeczywistym, z automatycznym przełączeniem kolejnych odprowadzeń | TAK |  |
| 29. | Wymiary max. 260 x 200 x 55 mm | TAK |  |
| 30. | Standardowe wyposażenie elektrody kończynowe 4 sztuki (typ EKK) | TAK |  |
| 31. | Standardowe wyposażenie elektrody przedsercowe 6 sztuk (typ EPP) | TAK |  |
| 32. | Standardowe wyposażenie kabel KEKG-30R | TAK |  |
| 33. | Standardowe wyposażenie papier EKG 1 rolka | TAK |  |
| 34. | Waga max 2kg | TAK |  |
| 35. | Zaoferowane urządzenia/wyroby medyczne są zarejestrowane i dopuszczone do obrotu i stosowania w służbie zdrowia na terenie RP zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz posiadają certyfikat CE. | TAK |  |
| 36. | Okres gwarancji min. 24 mies.  | TAK |  |

Zamówienie realizowane z Grantu na realizację przedsięwzięcia "Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o. z siedzibą w Lwówku Śląskim - dostępny dla osób ze szczególnymi potrzebami". Wydatek finansowany w ramach projektu grantowego Dostępność Plus dla Zdrowia, realizowanego w ramach Działania 5.2, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, określonego we wniosku o dofinansowanie projektu nr POWR.05.02.00-00-0044/18, którego Beneficjentem jest Minister Zdrowia, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Cena: ……………. 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 opisie, 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**