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 2**– dostawa elektrokardiografu stacjonarnego na wózku szt. 1

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

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

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

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

Wyrób medyczny kl. I

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| 1. | 12 kanałowy elektrokardiograf z bezprzewodową komunikacją przez Wi-Fi, oraz realizujący zlecenia w standardzie HL 7 poprzez współpracę z systemami szpitalnymi. | TAK |  |
| 2. | Niska waga, niewielkie gabaryty oraz zasilanie akumulatorowe pozwalające na swobodne przenoszenie aparatu w dowolne miejsce. | TAK |  |
| 3. | 12-kanałowy elektrokariograf dedykowany dla placówek służby zdrowia | TAK |  |
| 4. | bezprzewodowa komunikacja przez Wi-Fi, | TAK |  |
| 5. | realizacja zleceń w standardzie HL7 poprzez współpracę z systemami szpitalnymi: OptiMed (Comarch) CliniNet (CGM), Somed (Kamsoft), mMedica + Moduł MIUD mmPACS + od wersji 5.3 (Asseco), NewNioMed (MedTrade Medical Systems) | TAK |  |
| 6. | tryb LONG | TAK |  |
| 7. | zapis 1-15 minut (wydruk 1-3 odprowadzeń) | TAK |  |
| 8. | zapis wsteczny EKG (1-30 sekund) | TAK |  |
| 9. | wydruk dodatkowych odprowadzeń rytmów (3x4+1, 3x4+2,3x4+3, 4x3+1, 4x3+2, 4x3+3, 6x2+1, 6x2+2, 6x2+3) | TAK |  |
| 10. | dodatkowe prędkości zapisu (6,25 mm/s, 12,5 mm/s). | TAK |  |
| 11. | 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 |  |
| 12. | 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**