**Formularz ofertowy**

**Aparat EKG –1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2025 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **APARAT EKG** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie było przedmiotem wystaw, ekspozycji, prezentacji itp. | TAK, opisać |  |
|  | Waga aparatu z akumulatorem i wbudowanym zasilaczem do 4,9 kg | TAK, opisać |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V 50 Hz | TAK, opisać |  |
|  | Wbudowany akumulator, którego pojemność umożliwia min. 3,5 godz. ciągłego monitorowania  | TAK, opisać |  |
|  | Ochrona przed impulsem defibrylacji CF | TAK, opisać |  |
|  | Wyświetlacz LCD TFT kolorowy, 24-bitowy, o przekątnej min. 8” z podświetleniem LED oraz rozdzielczości min. 800 x 480 pix | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary urządzenia W x SZ x G:130 mm x 365 mm x 310 mm (± 10 mm) | TAK, opisać |  |
|  | Na wyświetlaczu – prezentacja krzywej EKG, wartości parametrów i menu (w języku polskim) | TAK, opisać |  |
|  | Klawiatura funkcyjna oraz alfanumeryczna zabezpieczona przed zalaniem, nie dopuszcza się klawiatury wirtualnej | TAK, opisać |  |
|  | Ciągły pomiar i prezentacja na ekranie HR | TAK, opisać |  |
|  | Detekcja stymulatora serca | TAK, opisać |  |
|  | Impedancja wejściowa >50 [MΩ]  | TAK, opisać |  |
|  | CMRR >110 dB | TAK, opisać |  |
|  | Częstotliwość próbkowania 1000 [Hz] / kanał | TAK, opisać |  |
|  | Detekcja pików rozrusznika sercaPróbkowanie 16000 [Hz]/kanał | TAK, opisać |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych | TAK, opisać |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych  | TAK, opisać |  |
|  | Filtr anty-dryftowy  | TAK, opisać |  |
|  | Sygnał EKG 12 odprowadzeń standardowych – wydruk w formacie 12-kanałowym | TAK, opisać |  |
|  | Formaty wydruku:3\*4 ; 3\*4+1R ; 3\*4+3R ; 6\*2 ; 6\*2+1R /12\*1 | TAK, opisać |  |
|  | Głowica drukująca z automatyczną regulacją linii izotermicznej | TAK, opisać |  |
|  | Czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV oraz AUTO | TAK, opisać |  |
|  | Prędkość zapisu rejestratora: 5/12,5/25/50 mm/s | TAK, opisać |  |
|  | Technologia pisaka: wydruk termiczny punktowy tablicowy | TAK, opisać |  |
|  | Szerokość papieru min. (szer.) 210 mm x (wys.) 295 mm. - składanka | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość przeglądania i oceny badania na badania przed wydrukiem na ekranie urządzenia | TAK, opisać |  |
|  | Wydruk w trybie monitorowania rytmu | TAK, opisać |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja (dorośli, dzieci, noworodki) w języku polskim  | TAK, opisać |  |
|  | Ponowna analiza EKG po zmianie danych demograficznych pacjenta | TAK, opisać |  |
|  | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod i odłączenia przewodu EKG | TAK, opisać |  |
|  | Funkcja uśpienia aparatu | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość archiwizacji badania do pamięci wewnętrznej (min. 800 badań) i eksportu danych na pendrive w formacie PDF, XML.  | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość współpracy urządzenia w sieci komputerowej. Współpraca z serwerem FTP | TAK, opisać |  |
|  | Przeglądanie i wydruk badania z archiwum urządzenia | TAK, opisać  |  |
|  | Czas rozruchu – max. 7s | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość wydruku badania na drukarce laserowej podłączonej bezpośrednio do aparatu (po zakupie drukarki) | TAK, opisać  |  |
|  | Wyposażenie: przewód pacjenta, elektrody przyssawkowe oraz klipsowe, papier termiczny | TAK, opisać  |  |
|  | Mobilny wózek aparaturowy na pięciu kółkach, wszystkie kółka wyposażone w blokadę.  | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Okres gwarancji | TAK, 12 m-cy |  |
|  | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie) | Min. 1 rocznie |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | TAK, podać gdzie |  |
|  | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | TAK, dołączyć |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | TAK, 12 m-cy |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto: |  |
| VAT %: |  |
| Wartość brutto: |  |

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

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

…………………………………….

Podpis i pieczątka wykonawcy

**Formularz ofertowy**

**Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi elektroniczny i/lub manualny w różnych rozmiarach, w tym z kompletem mankietów dla dzieci –3 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2025 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **CIŚNIENIOMIERZ** |
|  | Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego | TAK, opisać |  |
|  | Pomiar pulsu | TAK, opisać |  |
|  | Wyświetlacz LCD | TAK, opisać |  |
|  | Pamięć ostatniego pomiaru | TAK, opisać |  |
|  | Zakres pomiarów ciśnienia: 0 - 299 mmHg  | TAK, opisać |  |
|  | Zakres pomiarów pulsu: 40 - 180 uderzeń na minutę  | TAK, opisać |  |
|  | Dokładność pomiaru ciśnienia: ± 3 mmHg  | TAK, opisać |  |
|  | Dokładność pomiaru pulsu: ± 5 %  | TAK, opisać |  |
|  | Zasilanie: akumulatorowe i/lub sieciowe  | TAK, opisać |  |
|  | Wyposażenie:* mankiety:
* jeden mankiet dla osób dorosłych,
* jeden mankiet dla dzieci,
* zasilacz i/lub akumulator(ki).
 | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Okres gwarancji | TAK, min. 12 m-cy |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | TAK, podać gdzie |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | TAK |  |
| 1. .
 | Deklaracja zgodności CE | TAK, załączyć |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto: |  |
| VAT %: |  |
| Wartość brutto: |  |

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

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

…………………………………….

Podpis i pieczątka wykonawcy

**Formularz ofertowy**

**Holter ciśnieniowy – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2025 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **HOLTER CIŚNIENIOWY** |
|  | Zakres mierzonego ciśnienia skurczowego: 60 - 260 mmHg | TAK, opisać |  |
|  | Zakres mierzonego ciśnienia rozkurczowego: 40 - 220 mmHg | TAK, opisać |  |
|  | Zakres mierzonego ciśnienia średniego: 50 - 250 mmHg | TAK, opisać |  |
|  | Zakres pomiaru tętna: 35 - 240 uderzeń na minutę | TAK, opisać |  |
|  | Pomiar: oscylometryczny, pomiar do wyboru | TAK, opisać |  |
|  | Maksymalne ciśnienie mankietu: 300 mmHg | TAK, opisać |  |
|  | Czas rejestracji na jednym ładowaniu: do 400 pomiarów lub 3 dni | TAK, opisać |  |
|  | Czas ładowania: 2 do 3 godzin | TAK, opisać |  |
|  | Zasilanie: 2 x akumulatorki NiMH | TAK, opisać |  |
|  | Złącza: USB 1.1 lub 2.0 | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary: 25 x 75 x 105 mm (± 5 cm) | TAK, opisać |  |
|  | Waga: max. 200 g | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Okres gwarancji | TAK, min. 12 m-cy |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | TAK, podać gdzie |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | TAK, załączyć |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto: |  |
| VAT %: |  |
| Wartość brutto: |  |

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

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

…………………………………….

Podpis i pieczątka wykonawcy

**Formularz ofertowy**

**Termometr elektroniczny – 3 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2025 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **TERMOMETR ELEKTRONICZNY** |
|  | Termometr umożliwiający bezdotykowy pomiar temperatury | TAK, opisać |  |
|  | Temperatura pracy 10-40°C  | TAK, opisać |  |
|  | Podświetlany wyświetlacz  | TAK, opisać |  |
|  | Zasilanie bateriami AAA lub AA | TAK, opisać |  |
|  | Czas pomiaru: max. 1 s.  | TAK, opisać |  |
|  | Dokładność wskazań: 0,1 °C | TAK, opisać |  |
|  | Żywotność baterii: min. 3000 pomiarów | TAK, opisać |  |
|  | Autowyłączenie po 1 min.  | TAK, opisać |  |
|  | Dźwiękowy sygnał gotowości do pomiaru | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Okres gwarancji | TAK, min. 12 m-cy |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | TAK, podać gdzie |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | TAK, załączyć |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto: |  |
| VAT %: |  |
| Wartość brutto: |  |

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

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

…………………………………….

Podpis i pieczątka wykonawcy

**Formularz ofertowy**

**Lodówka z monitoringiem temperatury – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2025 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **LODÓWKA Z MONITORINGIEM TEMPERATURY** |
|  | Pojemność lodówki – od 390 l do 400 l netto | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne:1. szerokość od 600 mm do 610 mm,
2. głębokość od 680 mm do 700 mm,
3. wysokość od 1750 mm do 1850 mm
 | TAK, opisać |  |
|  | Zakres temperatury: - od +2°C do +8°C | TAK, opisać |  |
|  | Dokładność regulacji i odczytu temperatury: 0,1°C | TAK, opisać |  |
|  | Wbudowany termostat antyzamrożeniowy | TAK, opisać |  |
|  | Obudowa stalowa | TAK, opisać |  |
|  | Wnętrze wykonane z aluminium  | TAK, opisać |  |
|  | Izolacja min. 50 mm wykonana z pianki poliuretanowej wolnej od CFC | TAK, opisać |  |
|  | Drzwi pełne, z uszczelką magnetyczną, zamykane na zamek | TAK, opisać |  |
|  | Wymuszony obieg powietrza (min. 2 wentylatory) | TAK, opisać |  |
|  | Wyposażenie: co najmniej 7 półek drucianych plastyfikowanych  | TAK, opisać |  |
|  | Półka o obciążeniu min. 20 kg | TAK, opisać |  |
|  | Oświetlenie LED we wnętrzu komory chłodniczej | TAK, opisać |  |
|  | Czujnik temperatury | TAK, opisać |  |
|  | Automatyczne rozmrażanie  | TAK, opisać |  |
|  | Panel sterowniczy w górnej części chłodziarki wyposażony w wyświetlacz cyfrowy pokazujący temperaturę | TAK, opisać |  |
|  | Alarmy dźwiękowe i świetlne wskazujące:* 1. zbyt wysoką/niską temperaturę,
	2. uchylenie drzwi,
	3. uszkodzenie czujników,
	4. brak zasilania,
	5. niski poziom baterii
 | TAK, opisać |  |
|  | Port dostępowy (min. 20 mm) | TAK, opisać |  |
|  | Wbudowany rejestrator temperatury zapisujący zaistniałe alarmy i temperaturę na wewnętrznej pamięci | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość przeniesienia danych za pomocą pendrive | TAK, opisać |  |
|  | Czynnik chłodniczy ekologiczny  | TAK, opisać |  |
|  | Urządzenie na 4 kółkach  | TAK, opisać |  |
|  | Drzwi przekładalne | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Okres gwarancji | TAK, min.12 m-cy |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | TAK, podać gdzie |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | TAK, załączyć |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto: |  |
| VAT %: |  |
| Wartość brutto: |  |

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

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

…………………………………….

Podpis i pieczątka wykonawcy

**Formularz ofertowy**

**Spirometr – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2025 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **SPIROTMETR** |
|  | Waga max. 1,3 kg | TAK, opisać |  |
|  | Ekran LCD 7" | TAK, opisać |  |
|  | Klawiatura alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi, membranowa | TAK, opisać |  |
|  | Drukarka wbudowana aparatu lub zewnętrzna | TAK, opisać |  |
|  | Szerokość papieru 110–112 mm | TAK, opisać |  |
|  | Pomiar przepływu w głowicy pneumotachometrycznej | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary 200 × 258 × 53 mm (± 5 mm) | TAK, opisać |  |
|  | Mierzone parametry: VC, IC, ERV, TV, MV, FR, FVC, FEV1, FEV6, FEV1%VC, PEF, MEF25, MEF50, MEF75, MMEF, PIF, FET, tPEF | TAK, opisać |  |
|  | Dodatkowe mierzone parametry: VExt, FIVC, FIVC1, MIF50, MVV, BF | TAK, opisać |  |
|  | Akumulator: wbudowany Li-Ion | TAK, opisać |  |
|  | Podgląd wyników: przeglądanie badań z bazy na ekranie (tabela i wykresy) | TAK, opisać |  |
|  | Parametry pojemności życiowej: VC, IC, ERV, TV, MV, FR | TAK, opisać |  |
|  | Parametry natężonej pojemności życiowej: FVC, FEV1, FEV6, FEV1%VC, PEF, MEF25, MEF50, MEF75, MMEF, PIF, FET, tPEF, VExt, FIVC, FIVC1, MIF50 | TAK, opisać |  |
|  | Parametry maksymalnej wentylacji dowolnej: MVV, BF | TAK, opisać |  |
|  | Prezentacja krzywych: w czasie rzeczywistym | TAK, opisać |  |
|  | Wbudowane czujniki: temperatury, ciśnienia, wilgotności – do korekcji BTPS | TAK, opisać |  |
|  | Korekcja BTPS: automatyczna | TAK, opisać |  |
|  | Wybór najlepszej krzywej: automatyczny, z możliwością ręcznej zmiany | TAK, opisać |  |
|  | Ocena powtarzalności badania: automatyczna, wg skali A–E dla FVC i FEV1 | TAK, opisać |  |
|  | Sygnalizacja czasu natężonego wydechu: graficzna | TAK, opisać |  |
|  | Wartości normatywne: ECCS/ERS, ATS, Zapletal, Knudson | TAK, opisać |  |
|  | Obliczanie wartości: liczby odchyleń standardowych SR, percentyli | TAK, opisać |  |
|  | Gotowość po wymianie głowicy: natychmiastowa | TAK, opisać |  |
|  | Eksport danych: do pamięci zewnętrznej USB | TAK, opisać |  |
|  | Bezprzewodowa komunikacja: sieć LAN lub Wi-Fi | TAK, opisać |  |
|  | Przewodowa komunikacja: sieć LAN lub Internet | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Okres gwarancji | TAK, min.12 m-cy |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | TAK, podać gdzie |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | TAK, załączyć |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto: |  |
| VAT %: |  |
| Wartość brutto: |  |

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

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

…………………………………….

Podpis i pieczątka wykonawcy

**Formularz ofertowy**

**Detektor przepływu Doppler – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2025 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **DETEKTOR PRZEPŁYWU DOPPLER** |
|  | Głowica w zakresie częstotliwości od 5 do 8 MHz  | TAK, opisać |  |
|  | Przyciski – do włączenia i wyłączenia | TAK, opisać |  |
|  | Regulacja głośności  |  |  |
|  | Zasilanie z wewnętrznego akumulatora  | TAK, opisać |  |
|  | Funkcja automatycznego wyłączenia w przypadku braku sygnału | TAK, opisać |  |
|  | Wbudowany głośnik o mocy 200 mW. | TAK, opisać |  |
|  | Wyjście słuchawek  | TAK, opisać |  |
|  | Podłączenie automatycznie wyłącza głośnik aparatu. | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary 17 x 7,5 x 2,5 cm. (± 0,5 cm) | TAK, opisać |  |
|  | Waga max. 350 g. | TAK, opisać |  |
|  | Wyposażenie:* ładowarka,
* słuchawki
 | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Okres gwarancji | TAK, min.12 m-cy |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | TAK, podać gdzie |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | TAK, załączyć |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto: |  |
| VAT %: |  |
| Wartość brutto: |  |

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

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

…………………………………….

Podpis i pieczątka wykonawcy

**Formularz ofertowy**

**Holter EKG – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2025 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **HOLTER EKG** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2025 rok | TAK, opisać |  |
|  | Zapis 2 i 3 kanałowy – 24 godziny | TAK, opisać |  |
|  | Rejestracja z 3 kanałów ekg z 3 odprowadzeń | TAK, opisać |  |
|  | Zapis min. 24 godziny | TAK, opisać |  |
|  | Detekcja stymulatorów serca | TAK, opisać |  |
|  | Wbudowana dioda sygnalizacyjna | TAK, opisać |  |
|  | Wbudowany interfejs USB 2.0 | TAK, opisać |  |
|  | Wbudowana nieulotna pamięć flash | TAK, opisać |  |
|  | Komunikacja poprzez Bluetooth | TAK, opisać |  |
|  | Podgląd zapisu EKG bezpośrednio na ekranie komputera | TAK, opisać |  |
|  | Zasilanie z jednej baterii AAA lub AA | TAK, opisać |  |
|  | Waga rejestratora max. 55 gram | TAK, opisać |  |
|  | Rozdzielczość zapisu 12bit | TAK, opisać |  |
|  | Rejestrator w standardzie IP43 | TAK, opisać |  |
|  | Rejestrator kompatybilny z posiadanym przez Szpital systemem analizy (CrdioDay) | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd rocznie |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
|  | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | Tak, załączyć |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto: |  |
| VAT %: |  |
| Wartość brutto: |  |

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

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

…………………………………….

Podpis i pieczątka wykonawcy

**Formularz ofertowy**

**Tablica do badania ostrości wzroku, plastikowa – 3 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2025 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **TABLICA DO BADANIA OSTROŚCI WZROKU** |
|  | Tablica Snellena do badania okulistycznego | TAK, opisać |  |
|  | Odległość badania ostrości wzroku – 3 m | TAK, opisać |  |
|  | Zastosowany optotyp – litery | TAK, opisać |  |
|  | Materiał wykonania tablicy – antystatyczne tworzywo sztuczne | TAK, opisać |  |
|  | Tło białe, matowe, bezodblaskowe | TAK, opisać |  |
|  | Tablica z czerwoną i zieloną belką | TAK, opisać |  |
|  | Zawieszka tablicy – w zestawie | TAK, opisać |  |
|  | Waga tablicy – 50 g (±10 g) | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Okres gwarancji | TAK, min.12 m-cy |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | TAK, podać gdzie |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | TAK, załączyć |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wartość netto: |  |
| VAT %: |  |
| Wartość brutto: |  |

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

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

…………………………………….

Podpis i pieczątka wykonawcy