**Załącznik nr 1**

**PARAMETRY TECHNICZNE/OFERTA CENOWA**

**Holter EKG – 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2025 rok | Tak, podać |  |
| 2. | Zapis 2 i 3 kanałowy – 24 godziny | Tak, podać |  |
| 3. | Rejestracja z 3 kanałów ekg z 3 odprowadzeń | Tak, opisać |  |
| 4. | Zapis min. 24 godziny | Tak, opisać |  |
| 5. | Detekcja stymulatorów serca | Tak, opisać |  |
| 6. | Wbudowana dioda sygnalizacyjna | Tak, opisać |  |
| 7. | Wbudowany interfejs USB 2.0 | Tak, opisać |  |
| 8. | Wbudowana nieulotna pamięć flash | Tak, opisać |  |
| 9. | Komunikacja poprzez Bluetooth | Tak, opisać |  |
| 10. | Podgląd zapisu EKG bezpośrednio na ekranie komputera | Tak, opisać |  |
| 11. | Zasilanie z jednej baterii AAA lub AA | Tak, opisać |  |
| 12. | Waga rejestratora max. 55 gram | Tak, opisać |  |
| 13. | Rozdzielczość zapisu 12bit | Tak, opisać |  |
| 14. | Rejestrator w standardzie IP43 | Tak, opisać |  |
| 15. | Rejestrator kompatybilny z posiadanym przez Szpital systemem analizy (CrdioDay) | Tak, opisać |  |
|  | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |  |
| 16. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 18. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 19. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 20. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 21. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 22. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 23. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 24. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| 25. | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 26. | Wartość netto |  |  |
| 27. | VAT |  |  |
| 28. | Wartość brutto |  |  |

Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

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 osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)