**Formularz ofertowy**

**Część I Pulsoksymetr przenośny – szt. 1**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** | | | | |
|  | Pulsoksymetr przeznaczony dla dzieci i dorosłych | | TAK, opisać |  |
|  | Pomiar SpO2 i częstości tętna, zarówno w trybie pomiaru pojedynczego, jak i ciągłego monitorowania | | TAK, opisać |  |
|  | Kolorowy wyświetlacz LCD o przekątnej 2,4 cala, ( +/- 0,5 cala) wyświetla odczyty SpO2 i tętna | | TAK, opisać |  |
|  | Zmienna jasność ekranu pozwalająca zmieniać intensywność wyświetlacza LCD i oszczędzać energię baterii | | TAK, opisać |  |
|  | Automatyczny tryb gotowości i tryb automatycznego wyłączania pomagają w oszczędzaniu energii baterii | | TAK, opisać |  |
|  | Regulowane alarmy wizualne i dźwiękowe: | | TAK, opisać |  |
|  | Na wyświetlaczu LCD można wybrać opcję pokazywania limitów alarmowych SpO2 i częstości tętna | | TAK, opisać |  |
|  | W trybie ciągłym pamięć obsługuje przechowywanie min.96 godzin trendów danych dla pojedynczego pacjenta | | TAK, opisać |  |
|  | W trybie pojedynczego pomiaru pamięć obsługuje min. 4000 zestawów danych dla maksymalnie 99 identyfikatorów pacjenta | | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość eksportowania przechowywanych danych pacjentów do komputera przy użyciu kabla komunikacyjnego | | TAK, opisać |  |
|  | Wybór pomiędzy baterią litową lub alkaliczną AA | | TAK, opisać |  |
|  | Co najmniej 36 godzin ciągłej pracy na zasilaniu bateryjnym | | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | | | |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | Tak |  |
| 2. | Gwarancja min. 24 miesiące | | Tak, podać ile |  |
| 3. | Deklaracja zgodności CE | | 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**

**Część II Aparat EKG – szt. 1**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 serca  Próbkowanie 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 min. 24 m-ce | | TAK,  podać ile |  |
|  | 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 |  |
| 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