**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Holter EKG 12 odprowadzeniowy**

**Parametry techniczno – eksploatacyjne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis parametru** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Wymagania ogólne** |
| **1** | Producent/Firma | Podać |  |
| **2** | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| **3** | Urządzenie typ/model | Podać |  |
| **4** | Klasa wyrobu medycznego | Podać |  |
| **5** | Deklaracja zgodności UE (CE)  | Tak |  |
| **6** | Urządzenie fabrycznie nowe | Tak |  |
| **7** | Rok produkcji 2023 rok | Tak |  |
| **II** | **Konstrukcja i konfiguracja** |
| **1** | Rejestrator cyfrowy z zapisem:* 3 kanałów - do 7 dni,
* 12 kanałów - do 4 dni.
 | Tak, podać |  |
| **2** | Zapis w pamięci wewnętrznej rejestratora. | Tak |  |
| **3** | Automatyczna kalibracja. | Tak |  |
| **4** | Automatyczna regulacja wzmocnienia. | Tak |  |
| **5** | Automatyczna detekcja impulsów stymulatora. | Tak |  |
| **6** | Częstotliwość próbkowania sygnału EKG min. 4000 Hz. | Tak, podać |  |
| **7** | Rejestracja 3 kanałów EKG z 4 elektrod lub 12 kanałów z 10 elektrod. | Tak, podać |  |
| **8** | Rejestrator wyposażony w złącze HDMI (dla eliminacji zakłóceń) wspólne dla kabla pacjenta i transmisji zarejestrowanego badania do systemu holterowskiego. | Tak |  |
| **9** | Ekranowane kable pacjenta. | Tak |  |
| **10** | Impedancja wejściowa min. 2 MΩ. | Tak, podać |  |
| **11** | Współczynnik tłumienia sygnału wspólnego min. 60 dB. | Tak, podać |  |
| **12** | Programowanie rejestratora i transmisja zarejestrowanego badania do systemu holterowskiego na PC przez kabel HDMI-USB. | Tak, podać |  |
| **13** | Możliwość podglądu na PC rejestrowanego sygnału EKG poprzez podłączenie rejestratora złączem kablowym do portu USB. | Tak |  |
| **14** | Sygnalizacja pracy rejestratora za pomocą wbudowanej diody LED. | Tak |  |
| **15** | Wbudowany przycisk znacznika zdarzeń pacjenta. | Tak |  |
| **16** | Zasilanie z 1 baterii lub akumulatora AAA. | Tak |  |
| **17** | Rejestrator kompatybilny z systemem CardioScan 12 wykorzystywanym przez Szpital. | Tak |  |
| **18** | Waga rejestratora (z baterią) max. 100 g. | Tak, podać |  |
| **19** | W zestawie min.:* kabel pacjenta 10 odprowadzeniowy,
* kabel pacjenta 4 odprowadzeniowy,
* futerał,
* bateria alkaliczna AAA.
 | Tak, podać |  |
| **IV** | **Wymagania dodatkowe** |
| **1** | Instalacja i pierwsze uruchomienie przez autoryzowany serwis producenta. | Tak, podać |  |
| **2** | Szkolenie z zakresu obsługi. | Tak |  |
| **3** | Okres gwarancji min. 24 miesiące. | Tak, podać |  |
| **4** | Reakcja serwisu w okresie gwarancji - do 12 godzin w dni robocze od zgłoszenia. | Tak, podać |  |
| **5** | Przeglądy wymagane przez producenta w okresie gwarancji realizowane na koszt Wykonawcy wraz z dojazdem oraz wymianą materiałów wymaganych przy przeglądach gwarancyjnych oraz dodatkowy przegląd wykonany na miesiąc przed zakończeniem okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **6** | Maksymalny czas skutecznego usunięcia usterki:a) naprawa nie wymagająca wymiany części do 24 godzin;b) naprawa w przypadku konieczności importu części – do 5 dni roboczych;c) naprawa nie wymagająca importu części – do 3 dni roboczych. | Tak, podać |  |
| **7** | Każdy dzień przestoju spowodowany niesprawnością oferowanego sprzętu przedłuża o ten czas okres gwarancji. | Tak |  |
| **8** | Dwukrotna naprawa lub wymiana tego samego podzespołu w przedmiocie umowy powoduje wymianę Sprzętu na nowy. | Tak |  |
| **9** | Zapewnienie pełnej autoryzowanej obsługi serwisowej przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję techniczną w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu (podać dane serwisu: nazwa, dane teleadresowe, itp.). | Tak, podać |  |
| **10** | Zapewnienie części zamiennych i wsparcia technicznego w okresie min 10 lat od daty dostawy. | Tak, podać |  |
| **11** | Nieodpłatne udostępnienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej lub u producenta, trwającej więcej niż 5 dni roboczych. | Tak |  |
| **12** | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej. | Tak |  |
| **13** | Paszport techniczny. | Tak |  |

**Wszystkie wiersze muszą być wypełnione. Oferta musi spełniać wymagania zamawiającego. Nie podlega odrzuceniu przy wszystkich odpowiedziach „TAK”**

…………………………….., data, ………………………………..

 .....................................................................

podpis osoby/-ób uprawnionej/-ych

do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika

***Informacja dla Wykonawcy:***

*Formularz musi być opatrzone przez Wykonawcę / osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy* ***kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***