**11/AMB/2022 – część nr 3 Załącznik nr 1 do SWZ**

**FORMULARZ-OFERTOWY** (strona druga)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | Wymagane minimalne parametry **Eklektrokardiograf szt.1** | **Opis oferowanych parametrów****-** opisać w każdym wierszu |
| 1 | 2 | 4 |
|  | Producent | Wpisać producenta |
|  | Nazwa i typ | Wpisać  |
|  | Kraj pochodzenia | Wpisać kraj pochodzenia |
|  | Wymagane minimalne parametry: W kolumnie nr 3 wpisać **TAK** jeżeli spełnia lub **NIE** jeżeli nie spełnia, w kolumnie nr 4 opisać parametry | **Opis oferowanych parametrów****-** opisać w każdym wierszu |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie wcześniej niż w 2022 r. | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Zasilanie: z akumulatora oraz z sieci 230V bez użycia zasilacza. Czas pracy z akumulatora zainstalowanego w aparacie – min. 50 badań automatycznych **kryterium oceny ofert:**50 badań = 0 pkt.powyżej 50 – 70 włącznie = 5 pkt. powyżej 70 = 10 pkt.  | Wpisać czas pracy – ilość badań |
|  | Wyświetlacz /ekran LCD graficzny o średnicy min. 3” do max 4” cali**kryterium oceny ofert:**przekątna 3” = 0 pkt., przekątna 4” = 5 pkt. | Wpisać przekątną ekranu - ile cali |
|  | Rejestracja i analiza 12 odprowadzeń EKG | Wpisać TAK lub NIE |
|  |  Wyświetlacz winien przedstawiać jednocześnie : min. 3 krzywe EKG z oznaczeniem odprowadzenia, wybraną prędkość i czułość zapisu, włączone filtry, wartość HR lub inop, stan naładowania akumulatora | Opisać |
|  |  Wydruk na papierze termoczułym o szerokości min. 5 cm max 6 cm | Podać szerokość papieru |
|  | Wydruk winien obrazować: krzywe w grupach po 3 odprowadzenia w układzie standardowym, datę i godz. badania, ustawienie filtrów | Opisać |
|  | Klawiatura funkcyjna 1- membranowa z przyciskami opisującymi funkcje, dopuszcza się klawiaturę alfanumeryczną | Opisać jaka klawiatura |
|  | Menu w języku polskim | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylacyjnym | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Waga aparatu max. do 2,5 kg**kryterium oceny ofert:**2,5 kg = 0 pkt., poniżej 2,5 kg = 5 pkt. | Wpisać wagę aparatu |
|  | **Wyposażenie:** |  |
|  | Kabel pacjentaElektrody kończynowe ( 4 szt. ) , elektrody przedsercowe 6 szt. pas gumowy o szerokości min. 80 mm utrzymujący elektrody | Opisać |
|  | Torba na zestaw | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Certyfikat CE potwierdzający zgodność  z Dyrektywą UE nr 93/42/EWG  | Wpisać TAK lub NIE |
|  |  Folder z opisem parametrów urządzenia  |  Wpisać TAK lub NIE |
|  |  Instrukcja obsługi w języku polskim  | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Gwarancja min 24 miesięczna, w okresie gwarancji koszty wymaganych przeglądów serwisowych wliczone w cenę oferty | Wpisać okres gwarancji |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w zakresie opisanym w instrukcji użytkowania | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny w Polsce – załączyć autoryzacje i wykaz punktów serwisowych – do dostawy | Wpisać TAK lub NIE – załączyć autoryzację i wykaz |
|  | Gwarantowany czas reakcji od zgłoszenia awarii do 72 godz.  | Podać czas reakcji |
|  | Gwarantowany czas od zgłoszenia awarii do jej usunięcia w okresie gwarancji do 7 dni roboczych,  | Podać oferowany czas |

Wykonawca oświadcza, że sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie
z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

**UWAGA !**

**Zaleca się po wypełnieniu formularzy zapisać je do pliku „.pdf „ i dopiero tak przygotowany plik podpisać – zalecany podpis wewnętrzny „ pades”.**

**Dokument należy podpisać i złożyć zgodnie z wymaganiami opisanymi w SWZ.**