**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

**ZP-381-19/2024**

**ZESTAWIENIE**

**WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH - OPZ**

**Formularz asortymentowo – ilościowy**

**Oferowany sprzęt: Rejestrator holtera ABPM (RR) – 3 sztuki**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………………………

Kraj produkcji: …………………………………..……………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **TAK/NIE** | **Parametry oferowane** |
|  | Kompatybilny z systemem posiadanym przez Zamawiającego tj. BTL CardioPoint | TAK |  |
|  | Metoda pomiaru oscylometryczna, krokowe wypuszczanie | TAK |  |
|  | Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego | TAK |  |
|  | Czas ciągłego zapisu min.51 godz. | TAK |  |
|  | Okres rejestracji ciśnienia krwi: 24, 27, 48, 51 godzin | TAK |  |
|  | Ilość pomiarów przy naładowanych akumulatorach: 250 pomiarów | TAK |  |
|  | Pojemność pamięci: min. 600 pomiarów | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia krwi 30 – 260 mmHg | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru Pulsu 40 – 200 uderzeń/ minDokładność pomiaru ±3mmHg lub ±2%  | TAK |  |
|  | Interwał pomiaru: 5 – 90 (5,10,15,20,25,30,40,60,90) | TAK |  |
|  | Algorytmy pomiaru ciśnienia krwi. Protokoły :  BHS i AAMI | TAK |  |
|  | Automatycznie kontrolowany poziom ciśnienia w mankiecie do 300 mmHg | TAK |  |
|  | Sensor ciśnienia -Piezo rezystywny | TAK |  |
|  | Komunikacja z komputerem poprzez kabel optyczny (światłowodowy) USB | TAK |  |
|  | Pomiar na żądanie wywołany zpoziomu rejestratora przy użyciudedykowanego przycisku. | TAK |  |
|  | Przycisk zmiany ręcznej pomiędzy dniem a nocą | TAK |  |
|  | Przycisk informacji o pobraniu leku | TAK |  |
|  | Automatyczny dobór ciśnienia w rękawie pacjenta | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD w rejestratorze | TAK |  |
|  | Wyświetlenie napięcia baterii i ich stanu naładowania w trakcieuruchamiania rejestratora | TAK |  |
|  | Zasilanie z max. 2 baterii lub akumulatorów AA | TAK |  |
|  | Waga bez akumulatorów max. 190g | TAK |  |
|  | Maksymalne rozmiary rejestratora: max. 72x 100 x 31 mm | TAK |  |
|  | Możliwość uruchomienia badania z poziomu rejestratora bez użycia komputera  | TAK |  |
|  | Minimum 3 wbudowane programy pomiaru w rejestratorze z możliwością wyboru dowolnego z nich tj.-Pomiary co 15 minut w dzień i co 30 minut w nocy-Pomiary co 20 minut w dzień i co 40 minut w nocy-Pomiary co 30 minut niezależnie od pory dnia  | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W zestawie z rejestratorem futerał z paskiem, mankiet standardowy, osiem akumulatorów, ładowarka, walizka | TAK |  |
|  |  **WYMAGANIA DODATKOWE** |  |  |
|  | Okres gwarancji min. 12 miesięcy liczony od dnia oddania aparatu do eksploatacji | TAK |  |
|  | Wykonawca dokona instalacji oferowanego sprzętu i przeprowadzi szkolenie bez dodatkowego wynagrodzenia w zakresie obsługi. Wykonawca jest zobowiązany do sporządzenia protokołu/listy obecności z przeprowadzonego szkolenia. | TAK |  |
|  | Zamawiający ma prawo do wezwania na dodatkowe jedno szkolenie bez dodatkowego wynagrodzenia w trakcie trwania gwarancji. | TAK |  |
|  | Urządzenie jest pozbawione wszelkich blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca umowy podmiot w przypadku nie korzystania przez szpital z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy (dotyczy oceny stanu aparatu i jego działania). | TAK |  |
|  | Maksymalny czas reakcji serwisu na zgłoszenie w dni robocze do 48 godzin od momentu uzyskania informacji o awarii. Powyższe terminy dotyczą dni roboczych przez, które rozumie się dni od poniedziałku do piątku za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
|  | Maksymalny czas naprawy wymagający wymiany części / ilość dni roboczych / | 7 dni |  |
|  | Graniczny czas naprawy, po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji sprzętu medycznego  | 7 dni |  |
|  | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy | 3 |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji  | Minimum 1 na 12 miesięcy, chyba, że zalecenia producenta wskazują inaczej |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej jak 21 dni Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia awarii. | TAK |  |
|  | Należy sprecyzować ewentualne ograniczenia usług gwarancyjnych oraz ewentualne przyczyny cofnięcia gwarancji. | PODAĆ |  |
|  | Dostarczony sprzęt zostanie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcje obsługi oraz instrukcje serwisowe – dokumenty winny być w języku polskim lub tłumaczone na język polski. | TAK |  |
|  | Najbliższy kupującego punkt serwisowy obsługujący zakupione urządzenie. | PODAĆ |  |
|  | Paszport techniczny uzupełniony o dane aparatu/sprzętu oraz zawierający wpis o pierwszym uruchomieniu oraz terminie następnego przeglądu technicznego wraz z pieczątką firmy i czytelnym podpisem serwisanta. Wraz z paszportem Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć kartę gwarancyjną i podpisany protokół zdawczo-odbiorczy(dostarczony przy dostawie sprzętu)  | TAK,dostarczyć przy dostawie sprzętu |  |

* + - 1. W kolumnie „Oferowane” należy opisać parametr oferowany. Brak opisu w tej kolumnie będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanym urządzeniu.
			2. Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatków zakupów inwestycyjnych.

\*W przypadku braku konieczności przeprowadzenia przeglądów okresowych Wykonawca zaznacza w tabelce nie dotyczy i do oferty załącza oświadczenie własne Wykonawcy w tym zakresie.

Data: ………………….. 2024 r.