**22/SMED/2023 – część nr 1** Załącznik 1 do SWZ

**FORMULARZ-OFERTOWY**

(strona druga)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | Wymagane minimalne parametry:**defibrylatora transportowego – 2 szt.** | **Opis oferowanych parametrów****-** opisać w każdym wierszu |
| 1 | 2 | 4 |
|  | Producent | Wpisać producenta |
|  | Nazwa i typ | Wpisać nazwę i typ |
|  | 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 2023 r. |  Rok produkcji |
|  | Aparat przenośny z torbą transportową i uchwytem karetkowym (ściennym) |  Wpisać TAK lub NIE |
|  | Zasilanie **wymagane:**1. z akumulatorów bez efektu pamięci. Czas pracy z akumulatorów zainstalowanych w aparacie – min. 180 min. monitorowania lub minimum 40 defibrylacji energią maksymalną
2. z instalacji elektrycznej karetki 12-14 V DC**.**
 |  Podać parametry zasilania |
|  | Defibrylacja synchroniczna i asynchroniczna | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Tryb manualny i półautomatyczny defibrylacji | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Kardiowersja | Wpisać TAK lub NIE |
|  |  Dwufazowa fala defibrylacji w zakresie energii co najmniej od 5 do 200 J | Wpisać zakres energii |
|  | Dostępne poziomy energii zewnętrznej minimum 20, **kryterium oceny ofert:** **20 poziomów = 0 pkt. powyżej 20 poz. = 10 pkt.** | Wpisać ile poziomów |
|  | Automatyczna kompensacja napięciowa lub prądowa impedancji ciała pacjenta przy defibrylacji przy pomocy łyżek i elektrod naklejanych  | Opisać |
|  |  Możliwość wyboru poziomu energii, ładowania, wyzwolenia impulsu defibrylacyjnego i sterowania wydrukiem za pomocą łyżek twardych, jak również za pomocą panelu czołowego. | Opisać |
|  |  Defibrylacja przez łyżki twarde i elektrody naklejane, w wyposażeniu łyżki dziecięce. | Wpisać TAK lub NIE |
|  |  Elektrostymulacja przezskórna | Wpisać TAK lub NIE |
|  |  Częstość impulsów/minutę min. 40 do 170 | Wpisać oferowany zakres |
|  |  Regulacja prądu stymulacji min. 10 do 140 mA | Wpisać oferowany zakres |
|  |  Monitorowanie 12 -odprowadzeniowe EKG | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego NIBP  | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Kapnografia | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG | Wpisać TAK lub NIE |
|  |  Alarmy częstości akcji serca  | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Prezentacja zapisu na ekranie kolorowym LCD | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Przekątna ekranu minimum 8” cali -**kryterium oceny ofert:** **8”cali = 0 pkt. powyżej 8” = 10 pkt.** | Wpisać ile cali ma przekątna |
|  |  Wydruk EKG , szerokość minimum 75 mm | Opisać |
|  |  Pamięć wewnętrzna wszystkich rejestrowanych danych | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Codzienny autotest bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia lub automatyczny test sprawności przeprowadzony bezpośrednio po włączeniu aparatu oraz okresowo w czasie jego pracy | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Defibrylator posiadający kartę Bluetooth umożliwiający współpracę z tabletami działającymi w środowisku Windows XP10 | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Karta Bluetooth typu PCMCIA lub moduł bluetooth w postaci wewnętrznej (integralnej) karty zainstalowanej w defibrylatorze umożliwiający bezprzewodową komunikację pomiędzy defibrylatorem a tabletem działającym w środowisku Windows XP10 | Opisać |
|  | Defibrylator posiadający aplikacje nadawczą umożliwiającą współpracę z tabletami działającymi w środowisku Windows XP10 | Opisać |
|  | Aplikacja umożliwia wysyłanie zapisu 12- odprowadzeń EKG oraz innych danych medycznych poprzez tablet Xplore działający w środowisku Windows XP 10 - Centralnego Serwera Systemu. Aplikacja nie może przekroczyć 10% obciążenia procesora, jak również nie może wykorzystać więcej niż 10MB pamięci operacyjnej. | Opisać |
|  | Defibrylator umożliwiający transmisję danych medycznych (zapisu 12-odprowadzeniowego )  | Opisać |
|  | Aparat wyposażony w moduł umożliwiający transmisję danych zapisu 12-odprowadzęń EKG za pośrednictwem sieci telefonii komórkowej do aplikacji odbiorczych znajdujących się w Pracowniach Hemodynamiki - w ramach istniejącego jednolitego systemu telemedycznego w ostrych zespołach wieńcowych w Małopolsce. Moduł powinien współpracować z sieciami komórkowymi generacji: 2G, 3G, 4GLTE. | Opisać |
|  | Defibrylator umożliwiający transmisję danych medycznych ( zapisu 12-odprowadzeniowego EKG ) za pośrednictwem tabletu do aplikacji odbiorczych znajdujących się w Pracowniach Hemodynamiki - w ramach istniejącego jednolitego systemu telemedycznego w ostrych zespołach wieńcowych w Małopolsce | Opisać |
|  | Aparat z zabezpieczeniem w zakresie min. IP x4 | Podać min. zakres zabezpieczenia |
|  | **Wyposażenie:** |  |
|  | Kabel pacjenta 12-odpr.- 1 szt.  | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Łyżki twarde dla dorosłych i łyżki ( nakładki) dziecięce | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Mankiet wielorazowego użytku z pompką dla dorosłych do pomiaru ciśnienia | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Czujnik EtCO2- 5 szt. | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Akumulatory wymienne szt.3 bez efektu pamięci | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Elektrody do //defibrylacji/stymulacji 2 kpl. dla dorosłych  | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Papier do drukarki szt. 2 | Wpisać TAK lub NIE |
|  |  Ładowarka akumulatorów min. dwustanowiskowa | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Uchwyt do zawieszenia aparatu w karetce posiadający certyfikat CE potwierdzający zgodność z Normą PN-EN 1789  | Wpisać TAK lub NIE |
|  |  Torba transportowa z kieszeniami na kable i elektrody | Wpisać TAK lub NIE |
|  |  Komunikacja i opisy na panelu sterującym w języku polskim | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Certyfikat CE potwierdzający zgodność  z Dyrektywą UE nr 93/42/EWG na defibrylator  | Załączyć do oferty |
|  |  Folder z opisem parametrów urządzenia  |  Wpisać TAK lub NIE |
|  |  Instrukcja obsługi w języku polskim – dołączona do dostawy | Wpisać TAK lub NIE |
|  |  Karta gwarancyjna z min 24 miesięczną gwarancją -dołączona do dostawy | Wpisać oferowany okres gwarancji |
|  |  5-letnia licencja na aplikację wraz ze wszystkimi aktualizacjami dostępnymi w tym okresie- dołączona do dostawy | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego w zakresie opisanym w instrukcji użytkowania | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Wykonanie konfiguracji dostarczonych aparatów do pracy w - w ramach istniejącego jednolitego systemu telemedycznego w ostrych zespołach wieńcowych w Małopolsce | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Bezpłatny przegląd techniczny wykonany zgodnie z zaleceniami producenta po 12-tu i 24-rech miesiącach użytkowania sprzętu, w miejscu eksploatacji aparatu – w siedzibie Zamawiającego | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Gwarantowany czas reakcji od zgłoszenia awarii w zakresie defibrylatora oraz w zakresie aplikacji max. do 24 godz.  | Wpisać max czas reakcji. |
|  | Gwarantowany czas od zgłoszenia awarii do jej usunięcia w zakresie defibrylatora do 7 dni roboczych, w zakresie aplikacji max. do 2 dni roboczych | Wpisać gwarantowane czasy |
|  | Zapewnienie defibrylatora zastępczego na czas naprawy trwającej dłużej niż 7 dni roboczych | Wpisać TAK lub NIE |
|  |  W okresie gwarancji przesłania defibrylatora do naprawy lub przyjazd serwisanta będzie na koszt Wykonawcy.  | Wpisać TAK lub NIE |

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.

 …………………………….

 podpis Wykonawcy