#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

**I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU PRZETARGU**

###### Rejestratory holterowskie ciśnieniowe - 4 szt.

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do przetargu:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji nie wcześniej niż 2019. Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane. |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Rok wprowadzenia urządzenia do seryjnej produkcji |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **6** | Kraj pochodzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**7. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* | |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji | minimum **24 miesiące**  (*podać ilość miesięcy*) | |  |
|  |  |  |  | *Wpisać* |

**8.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | **Parametry oferowane**  ( podać, opisać, wpisać ). |
|  | **Wymagania ogólne** |  |  |
|  | Aparat do ambulatoryjnego pomiaru ciśnienia tętniczego metodą oscylometryczną. | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy SBP 60-260 mmHg | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy DBP 30-200 mmHg | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy MAP 40-230 mmHg | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy tętna 40-180 bpm | TAK |  |
|  | Czas pompowania mankietu 15 s w porze aktywności i 20 s w porze snu. | TAK |  |
|  | Czas pomiaru 30s – 50s. | TAK |  |
|  | Czas pracy nie krótszy niż 52h. | TAK |  |
|  | Temperatura pracy 0-40 0C | TAK |  |
|  | Urządzenie kompatybilne z posiadanym przez Zamawiającego systemem oraz oprogramowaniem Reynolds Medical IMPRESARIO. | TAK |  |
|  | Wiarygodność pomiarowa potwierdzona walidacjami wg. BHS w klasie AA, ESH IP 2002 oraz AAMI (lub regulacjami równoważnymi). | TAK |  |
|  | Wymiary nie większe niż 25 mm x 100 mm x 70 mm. | TAK |  |
|  | waga aparatu gotowego do pracy nie większa niż 260 g. | TAK |  |
|  | Adaptacyjne pompowanie mankietu. | TAK |  |
|  | Algorytm wykrywania artefaktów ruchowych i oddechowych z korekcją i powtarzaniem pomiaru. | TAK |  |
|  | Nie mniej niż 6 programowanych okresów pomiarowych. | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne/akumulatorowe. Zestaw baterii/akumulatorów w zestawie z rejestratorem. | TAK |  |
|  | W zestawie:   * Rejestrator- 1 szt. * mankiet pomiarowy typu Tru-Cuff (lub równoważny zgodnie z nomenklaturą danego producenta) w rozmiarze 24-32 cm, bezlateksowy- 1 szt. * futerał- 1 szt. * pasek biodrowy- 1 szt. * naramienny- 1 szt. | TAK |  |
|  | **Wymagania dodatkowe** |  |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi i aplikacji medycznych niezbędnych do eksploatacji urządzenia (minimum 5 osób). | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu technicznego zamawiającego (wraz z wystawieniem stosownych certyfikatów) w zakresie podstawowych czynności sprawdzenia stanu technicznego urządzenia i podstawowej konserwacji technicznej.  Szkolenie obejmujące co najmniej 2 osoby. | TAK |  |

**UWAGA:**

Dla uznania oferty za ważną Wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.

W tabeli pod pkt. 8 należy opisać, wpisać, podać oferowany parametr.

Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 należy załączyć do oferty.

Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Podpis Wykonawcy: ..........................................