**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**(PAKIET 3)**

**Pakiet 3 – 12-kanałowe aparaty EKG (2 sztuki)**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta ………………...............

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Urządzenia fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie starsze niż 2018 r.  Gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | W standardowym wyposażeniu:  Pas z elektrodami płaskimi przedsercowymi  **[Zamawiający dopuszcza aparat EKG, który nie wymaga do badania stosowania pasa z elektrodami]** | TAK | **TAK/NIE\***  **podać…………..** |
|  | Aparat EKG 12-kanałowy z analizą i interpretacją danych z badań | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Tryby pracy: automatyczny i ręczny | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Bezprzewodowy moduł akwizycji sygnału EKG | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wykonywanie pomiarów:  HR, PR, QRS, QT, QTc oraz pomiarów osi P, R, T | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Automatyczna interpretacja wyników badań z podaniem kryterium rozpoznania | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Algorytm interpretacji 12-kanałowego zapisu EKG, uwzględniający wiek i płeć osoby badanej – dorosłych i dzieci od pierwszych dni życia | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Kolorowy ekran dotykowy 10” (+/- 2”), rozdzielczość min. 1280x768 pikseli | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Możliwość podglądu w czasie rzeczywistym i po rejestracji (przed wydrukiem) do 12-tu odprowadzeń EKG jednocześnie | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wbudowany bufor 5 minut zapisu EKG | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Automatyczny wybór i wyświetlanie najlepszego pod względem jakościowym 10s odcinka z pełnego ciągłego zapisu EKG lub ostatnich 10s obserwowanego na ekranie zapisu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wyświetlanie na ekranie LCD:  aktualnego czasu, częstości rytmu, czułości, prędkości zapisu i rodzaju filtru | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pamięć wewnętrzna do przechowywania min. 40 zapisów EKG, wykonanych w trybie auto | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Możliwość rozbudowy pamięci wewnętrznej do min. 200 zapisów | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Interfejs USB, umożliwiający zapis EKG na nośniku PenDrive | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pasmo przenoszenia min. 0,05 ÷ 150 Hz | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą pacjenta  **[Zamawiający dopuszcza sygnalizację braku kontaktu elektrod z pacjentem lub złej jakości sygnału za pomocą wizualnych sygnałów na ekranie]** | TAK | **TAK/NIE\***  **podać…………..** |
|  | Wyświetlanie na ekranie LCD ostrzeżeń o braku kontaktu elektrody ze skórą pacjenta  **[Zamawiający dopuszcza sygnalizację braku kontaktu elektrod z pacjentem lub złej jakości sygnału za pomocą wizualnych sygnałów na ekranie]** | TAK | **TAK/NIE\***  **podać…………..** |
|  | Drukarka termiczna, wbudowana w aparat | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Papier termiczny składany, perforowany, formatu A4 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Prędkość zapisu: 5, 10, 25 i 50 mm/s. (+/- 3mm/s)  **[Zamawiający dopuszcza prędkość zapisu 5, 12,5, 25 i 50 mm/s]** | TAK | **TAK/NIE\***  **podać…………..** |
|  | Rozdzielczość zapisu 8 pkt./mm | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Jednoczesna rejestracja sygnału EKG z 3-ech, 6-ciu i 12-tu odprowadzeń | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Formaty wydruku:  3 + 1 kanał, 3 + 3 kanały, 6 kanałów, 6 + 6 kanałów, 12 kanałów  **[Zamawiający dopuszcza aparat z formatami wydruku: 1x10x12\_25, 1xx10x12\_50, 2x10x6\_25, 1x10x3\_25, 2x5x6\_25, 2x5x6\_50, 2x5x6\_25\_R1, 4x2,5x3\_25, 4x2,5x3\_25\_R1, 4x2,5x3\_25\_R3, 4x2.5x3\_25\_R2\_P, H1, H2, Cabrera, NEHB, SEQ4]** | TAK | **TAK/NIE\***  **podać…………..** |
|  | Wydruki w trybie ręcznym:  3, 6, 8 i 12 kanałów z konfigurowaną grupą kanałów  **[Zamawiający dopuszcza aparat EKG wyposażony w wydruk w trybie ręcznym z 1, 3, 6 i 12 kanałów z konfigurowaną grupą kanałów]** | TAK | **TAK/NIE\***  **podać…………..** |
|  | Wydruk daty i godziny badania | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czułość (min. w zakresach): 5, 10 i 20 mm/mV | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Możliwość wydruku EKG z pamięci aparatu ze zmienionymi wartościami czułości i prędkości zapisu, zmienionymi parametrami filtru i w innym formacie wydruku | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Filtr zakłóceń pochodzących od elektroenergetycznej sieci zasilającej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Cyfrowe filtry zakłóceń mięśniowych i pływania linii izoelektrycznej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obwody wejściowe aparatu zabezpieczone przed impulsami defibrylatora | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wykrywanie impulsów stymulatora | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Próbkowanie min. 40 000 próbek/s/kanał | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Rozdzielczość przetwarzania 20 bitów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moduł bezprzewodowej akwizycji sygnału EKG, wyposażony w: 10-elektrodowy rozłączany kabel pacjenta dla 12-tu standardowych odprowadzeń: I, II, III, aVR, aVL, aVF, ,V1, V2, V3, V4, V5, V6 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość wymiany pojedynczych odprowadzeń | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy aparatu o opcję 2-kierunkowej komunikacji zewnętrznej, min. LAN, WLAN, USB, modem  **[Zamawiający dopuszcza możliwość rozbudowy o interfejs komunikacji bezprzewodowej Ethernet LAN, WLAN]**  **[Zamawiający dopuszcza aparat EKG wyposażony w możliwość rozbudowy o 2-kierunkową komunikację zewnętrzną za pomocą LAN, WLAN lub USB bez modemu]** | TAK | **TAK/NIE\***  **podać…………..** |
|  | Możliwość rozbudowy o obsługę standardu DICOM w komunikacji dwukierunkowej w zakresie MWL i C-Store | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Komunikacja użytkownika z aparatem w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zasilanie aparatu z elektroenergetycznej sieci 230 V AC 50 Hz i z wewnętrznego bezobsługowego | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Aparat przenośny, zainstalowany na wózku kolumnowym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Masa aparatu z akumulatorem, bez kabla pacjenta, papieru i wózka: 6 kg (+/- 1kg) | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obsługa serwisowa świadczona min. 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku | TAK | TAK/NIE\*  podać………… |
|  | Wykonawca zapewnia świadczenie usług serwisowych przez autoryzowane przez producenta punkty serwisowe.  Siedziba serwisu - dokładny adres i nr telefonu. | Tak, podać | Adres: …………………………  …………………………  Telefon: …………………………  e-mail: ………………………… |
|  | W ramach gwarancji przegląd serwisowy urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia.
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo.
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy