*Załącznik nr 1*

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

 Pieczęć zamawiającego

EKG 1szt.

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Rodzaj sprzętu

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Wymogi techniczne i użytkowe stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z w/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2010 Nr 107, poz. 679) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | IP22 |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
| **1** | 12 odprowadzeń EKG. | **TAK** |  |
| **2** | Tryb pracy: Auto lub Manual. | **TAK** |  |
| **3** | Ekran kolorowy ekran dotykowy (7") umożliwiający łatwą obsługę aparatu. | **TAK** |  |
| **4** | Czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV. | **TAK** |  |
| **5** | Prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s. | **TAK** |  |
| **6** | Regulacja długości zapisu badania automatycznego (od 6 do 15 sekund). | **TAK** |  |
| **7** | Wydruk w trybie 3, 6 lub 12 przebiegów EKG Na drukarce aparatu (szerokość papieru: 112 mm) lub drukarce zewnętrznej PCL5/PCL6. | **TAK** |  |
| **8** | Możliwość wydruku dodatkowych informacji o badaniu i pacjencie. | **TAK** |  |
| **9** | Proste zakładanie papieru. | **TAK** |  |
| **10** | Klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi. | **TAK** |  |
| **11** | Dodatkowa obsługa przez panel dotykowy. | **TAK** |  |
| **12** | Pamięć w urządzeniu na 1000 pacjentów i 1000 badań. | **TAK** |  |
| **13** | Minimalna ilość badań, które można wykonać na jednym ładowaniu akumulatora -120 badań automatycznych. | **TAK** |  |
| **14** | Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu. | **TAK** |  |
| **15** | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń. | **TAK** |  |
| **16** | Przystosowanie do bezpośredniej pracy na otwartym sercu. | **TAK** |  |
| **17** | Filtry: zakłóceń sieciowych, zakłóceń mięśniowych, izolinii. | **TAK** |  |
| **18** | Detekcja niewłaściwego kontaktu elektrody ze skórą pacjenta (INOP), niezależna dla każdego kanału. | **TAK** |  |
| **19** | Wykrywanie i prezentacja impulsów stymulujących. | **TAK** |  |
| **20** | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym. | **TAK** |  |
| **21** | Eksport badań do pamięci USB, na skrzynkę e-mail lub na inny aparat za pomocą usługi EKG-MAIL | **TAK** |  |
| **22** | Komunikacja z siecią LAN lub z siecią Internet Bezprzewodowa (przez Wi-Fi) lub przewodowa | **TAK** |  |
| **23** | Współpraca z oprogramowaniem służącym do zarządzania badaniami CLININET, Optimed, Somed, M-medico, CardioTEKA | **TAK** |  |
| **24** | Przyjmowanie zleceń HL7 | **TAK** |  |
| **25** | EDM - archiwizacja badań za dany okres na zewnętrznym nośniku Pamięć USB | **TAK** |  |
| **26** | Interfejs komunikacyjny: 3 x port USB (równoczesna komunikacja z PC,drukarką zewnętrzną i pamięcią USB) | **TAK** |  |
| **27** | Zasilanie sieciowo-akumulatorowe | **TAK** |  |
| **28** | Sygnalizacja stanu naładowania akumulatora | **TAK** |  |
| **29** | Konfiguracja ustawień aparatu | **TAK** |  |
| **30** | Waga: < 2 kg | **TAK** |  |
| **31** | Wyposażenie EKG:*kabel EKG**elektrody przyssawkowe**elektrody kończynowe klipsowe**żel EKG 250g**papier EKG**kabel zasilający* | **TAK** |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu | TAK |  |
| 3 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 4 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 5 | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach (do … dni roboczych) | Tak, podać |  |
| 6 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy) | Tak, podać |  |
| 7 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

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

 data i podpisy