**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

Składając w imieniu ……………………………….. ofertę w przetarguna: **„Zakup i dostawa sprzętu medycznego dla „Centrum Zdrowia w Opolu” Sp. z o.o. w ramach projektu FEnIKS”** oferuję realizację zamówienia zgodnie z poniższymi cenami:

**Zadanie 1: Pulsoksymetr (2 szt.)**

**Model/ typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………..**

(wypełnia Wykonawca)

**Producent/ firma: ………………………………………………………………………………..**

 (wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji: 2025**

 (wypełnia Zamawiający)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – wymagania minimalne**  | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\* |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe | Tak |  |
| 2 | Ekran wyświetlacza: Wyświetlanie wyników pomiaru, trendów i menu. | Tak |  |
| 3 | Tryb pracy: pediatryczny, dorosły | Tak |  |
| 4 | Skład urządzenia: jednostka centralna i sonda SpO2, Sonda temperatury na podczerwień | Tak |  |
| 5 | Przechowywanie danych dla SpO 2 i PR do 580 godzin z możliwością przywołania pomiaru | Tak |  |
| 6 | Opcja automatycznego wyłączania po 3 minutach nieużytkowania urządzenia. | Tak |  |
| 7 | Zasilanie: zewnętrzne z zasilacza sieciowego(100-240VAC z częstotliwością 50/60Hz) | Tak |  |
| 8 | Zasilanie wewnętrzne z wbudowaną baterią: Specyfikacja wbudowanej baterii: Bateria litowa 2000 mAh. | Tak |  |
| 9 | Tryb oszczędzania energii | Tak |  |
| 10 | Funkcja transmisji bezprzewodowej | Tak |  |
| 11 | Typowy czas ciągłej pracy baterii: 18 godzin (gdy ekran jest automatycznie wyłączony, a funkcja bezprzewodowa jestwyłączona) | Tak |  |
| 12 | Połączenie z komputerem poprzez kabel USB | Tak |  |
| 13 |

|  |
| --- |
| Pomiar zakresu tętna:Wyświetlacz i zakres pomiarowy: Dokładność30bpm~250bpm ±2bpm lub ±2% (w zależnościod tego, która wartość jest większa) |

 | Tak |  |
| 14 | Wymiary: 158 mm (dł.) × 73 mm (szer.) × 25 mm (wys.) | Tak |  |
| 15 | Waga netto: około 230g (łącznie z baterią) | Tak |  |
| 16 | Zakres pomiaru 32,0℃~43,0℃Dokładność pomiaru: ±0,2 ℃ dla zakresu temperatur od 35,0 ℃ do 42,0 ℃ i ±0,3 ℃ dla reszty.Czas odpowiedzi: ≤5s | Tak |  |
| 17 | Funkcja bezprzewodowa (bluetooth)Pasmo częstotliwości: 2,4GHzProfil roboczy: BLE V4.0 | Tak |  |
| 18 | Wybór Typu pacjenta (Noworodek/Dorosły) | Tak |  |
| 19 | Kolorowy wyświetlacz LCD do wyświetlania pletyzmogramu iParametrów. | Tak |  |
| 20 | Urządzenie spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 1565), tzn. ma być oznakowane znakiem CE, a jeżeli ocena zgodności była przeprowadzana z udziałem jednostki notyfikowanej, to obok znaku CE ma być umieszczony nr identyfikacyjny tej jednostki | Tak |  |
| 21 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 22  | Gwarancja min. 12 miesięcy | Tak |  |

***\* UWAGA!***

*1) W powyższej tabeli kolumnę nr 4 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*2) W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 4 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.*

**WARTOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

**Cena jednostkowa netto pulsoksymetru wynosi …………………………..zł**

Słownie ……………………………………………………………………………………………………..………złotych 00/100

**Wartość przedmiotu zamówienia pulsoksymetrów (2 szt.) netto wynosi …………………………………….zł**

Słownie ……………………………………………………………………………………………………..………złotych 00/100

**VAT: …… %, kwota podatku VAT: ………………………………………zł**

**Wartość przedmiotu zamówienia pusoksymetrów (2 szt.) brutto wynosi …………………………………..zł**

Słownie ………………………………………………………………………………………………………………złotych 00/100

**Okres gwarancji: ………… miesięcy** – należy podać ilość miesięcy, nie mniej niż 12 miesięcy i nie więcej niż 48 miesięcy

1. Obustronnie podpisany protokół odbioru – przekazania sprzętu bez zastrzeżeń stanowi podstawę do wystawienia faktury.

2. Oświadczam/y, że w cenie oferty wliczone są transport do siedziby Zamawiającego, opakowanie, czynności związane z przygotowaniem dostawy.

……………………………………………….

 podpis i pieczęć Wykonawcy

 (kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany)

**Zadanie 2: Holter ciśnienia z oprogramowaniem (6 szt. + pełna licencja oprogramowania na 6 stacji roboczych)**

**Model/ typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………..**

(wypełnia Wykonawca)

**Producent/ firma: ………………………………………………………………………………..**

 (wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji: 2025**

 (wypełnia Zamawiający)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – wymagania minimalne**  | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\* |
| 1 | Rejestrator RR do długotrwałego monitorowania ciśnienia tętniczego krwi metoda oscylometryczną | Tak |  |
| 2 | Tryb pracy: pediatryczny, dorosły | Tak |  |
| 3 | Zakres mierzonego ciśnienia min. od 0 do 300 mm/Hg | Tak |  |
| 4 | Automatyczne dobieranie ciśnienia | Tak |  |
| 5 | Przycisk na urządzeniu umożliwiający pomiar na żądanie | Tak |  |
| 6 | Zasilanie: baterie alkaliczne lub akumulatorki- 2 szt. | Tak |  |
| 7 | Kontrola stanu baterii. Wyświetlana informacja o ilości dni pomiarowych do wyczerpania baterii | Tak |  |
| 8 | Oszczędność energii w trybie wielogodzinnej rejestracji (zastosowaniegłębokiego uśpienia) | Tak |  |
| 9 | Wewnętrzny zegar czasu rzeczywistego | Tak |  |
| 10 | Wyświetlacz do odczytu ostatniego badania ciśnienia oraz klawiatura funkcyjna | Tak |  |
| 11 | Połączenie z komputerem poprzez kabel USB | Tak |  |
| 12 | Możliwość podziału doby na 6 podokresów pomiarowych | Tak |  |
| 13 | Możliwość stworzenia indywidualnego planu pomiarowego | Tak |  |
| 14 | Waga: <190 g (bez baterii) | Tak |  |
| 15 | Przetwornik: 24 bity | Tak |  |
| 16 | Ilość badań w pamięci: 1000 | Tak |  |
| 17 | Funkcja testu manometru: pomiar ciśnienia statycznego z dwóch niezależnych modułów pomiarowych | Tak |  |
| 18 | Możliwość rozpoczęcia rejestracji bez użycia komputera i dedykowanego oprogramowania | Tak |  |
| 19 | Analiza wyników obejmująca statystyki: Max., Min., zakres, UQ, LQ, Mediana, Średnie, SD dla ciśnienia skurczowego, rozkurczowego, średniego oraz częstości rytmu | Tak |  |
| 20 | Odczyt badania z urządzenia w programie i jego archiwizacja | Tak |  |
| 21 | Rozpoczęcie rejestracji poza systemem komputerowym | Tak |  |
| 22 | Graficzna i tabelaryczna prezentacja wyników pomiarów | Tak |  |
| 23 | Tabela pomiarów w raporcie uwzględnieniem czasu wykonania pomiaru określeniem SYS, DIA,MAP, Tętna dla każdego pomiaru. Możliwość wprowadzenia notatki dla każdego pomiaru w tabeli | Tak |  |
| 24 | Tworzenie raportów w formacie pdf | Tak |  |
| 25 | Możliwość podglądu archiwalnego badania przypisanego do pacjenta | Tak |  |
| 26 | Menu i raporty w języku polskim | Tak |  |
| 27 | Funkcja testu szczelności (automatyczna weryfikacja poprawności działania urządzenia, szczelności zaworów, czujników, pompy i szczelności mankietu). | Tak |  |
| 28 | Tryb pracy stacjonarnego ciśnieniomierza | Tak |  |
| 29 | Wyposażenie: mankiet dla dorosłych – rozmiar średni, przewód ciśnieniowy, łącznik mankietu i przewodu ciśnieniowego,torba z rejestratorem z pasem, baterie alkaliczne (AA) – 2 szt., instrukcja użytkowania rejestratora w języku polskim  | Tak |  |
| 30 | **Pełna licencja oprogramowania na sześć stacji roboczych, każda stacja robocza z możliwością komunikacji z dowolnym dostarczonym w ramach zamówienia holterem ciśnienia.** | Tak |  |
| 31 | Urządzenie fabrycznie nowe |  |  |
| 32 | **Dołączone oprogramowanie do holtera ciśnieniowego wersja 508 ABPM** | Tak |  |
| 33 | **Dostarczone oprogramowanie musi zapewniać pełną kompatybilność z bazą badań holtera ABPM posiadaną już w Spółce oraz możliwość jej importu** | Tak |  |
| 34 | **Pełna współpraca holtera z oprogramowaniem 508 ABPM** | Tak |  |
| 35 | Urządzenie spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 175 z późn. zm.), tzn. ma być oznakowane znakiem CE, a jeżeli ocena zgodności była przeprowadzana z udziałem jednostki notyfikowanej, to obok znaku CE ma być umieszczony nr identyfikacyjny tej jednostki | Tak |  |
| 36 | Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego urządzenia w siedzibie Zamawiającego | Tak |  |
| 37 | Gwarancja min. 24 miesiące, serwisowanie sprzętu przez okres gwarancji, coroczny bezpłatny przegląd gwarancyjny, oraz jeden przegląd pogwarancyjny | Tak |  |
| 38 | Wykonawca musi posiadać własny lub zewnętrzny serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | Tak |  |

***\* UWAGA!***

*1) W powyższej tabeli kolumnę nr 4 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*2) W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 4 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.*

**WARTOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Cena jednostkowa netto rejestratora holtera ciśnieniowego z oprogramowaniem…………………………..zł

Słownie ……………………………………………………………………………………………………..………złotych 00/100

Wartość przedmiotu zamówienia (6 rejestratorów holtera ciśnieniowego wraz z 6 licencjami oprogramowania) netto wynosi …………………………………….zł

Słownie ……………………………………………………………………………………………………..………złotych 00/100

VAT: …… %, kwota podatku VAT: ………………………………………zł

Wartość przedmiotu zamówienia (6 rejestratorów holtera ciśnieniowego wraz 6 licencjami oprogramowania) brutto wynosi …………………………………..zł

Słownie ………………………………………………………………………………………………………………złotych 00/100

**Okres gwarancji: ………… miesięcy** – należy podać ilość miesięcy, nie mniej niż 24 miesiące i nie więcej niż 60 miesięcy

1. Obustronnie podpisany protokół odbioru – przekazania sprzętu bez zastrzeżeń stanowi podstawę do wystawienia faktury.

2. Oświadczam/y, że w cenie oferty wliczone są transport do siedziby Zamawiającego, opakowanie, czynności związane z przygotowaniem dostawy.

 ……………………………………………….

 podpis i pieczęć Wykonawcy

 (kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany)

**Zadanie 3: Holter EKG z oprogramowaniem (7 szt. + pełna licencja oprogramowania na 7 stacji roboczych)**

**Model/ typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………..**

(wypełnia Wykonawca)

**Producent/ firma: ………………………………………………………………………………..**

 (wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji: 2025**

 (wypełnia Zamawiający)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – wymagania minimalne**  | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\* |
| 1 | Kompletny rejestrator holterowski EKG 3,12 odprowadzeniowy z możliwością wymiany kablitj. gotowy do eksploatacji (bez żadnych dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego). | Tak |  |
| 2 | Podgląd przebiegu EKG w trybie komunikacji bezprzewodowej | Tak |  |
| 3 | Zapis na kartę micro SDHC | Tak |  |
| 4 | Detekcja odpiętej elektrody w trybie konfiguracji | Tak |  |
| 5 | Rejestracja sygnału EKG przez okres 24 h,48h lub 7 dni | Tak |  |
| 6 | Kolorowy wyświetlacz, oraz menu wyświetlane na ekranie umożliwiające obsługę za pomocą klawiatury | Tak |  |
| 7 | Możliwość podglądu danych pacjenta | Tak |  |
| 8 | sygnalizacja uszkodzonej karty microSDHC, wyczerpanej baterii, INOP | Tak |  |
| 9 | trójkolorowa dioda i sygnalizacja dźwiękowa informująca o stanie rejestratora |  |  |
| 10 | Opcje zmiany parametrów :tryb wyświetlania grup, tryb wyświetlania pojedynczych odprowadzeń, typ badania (24-godzinne, 48-godzinne, 7-dniowe), data i godzina, tryb online (możliwość podłączenia bezprzewodowego ) | Tak |  |
| 11 | Dołączenie imienia i nazwiska pacjenta do zapisu przebiegu EKG | Tak |  |
| 12 | Możliwość uruchomienia rejestracji poprzez komunikację bezprzewodową | Tak |  |
| 13 | Możliwość drukowania całego sygnału EKG | Tak |  |
| 14 | Automatyczne drukowanie | Tak |  |
| 15 | Możliwość analizy retrospektywnej i prospektywnej | Tak |  |
| 16 | Analiza arytmii pochodzenia komorowego i nadkomorowego | Tak |  |
| 17 | Prezentacja wyników w formie trendów w tym trójwymiarowe trendy ST i HRV | Tak |  |
| 18 | Analiza pracy rozrusznika serca | Tak |  |
| 19 | Bezprzewodowa transmisja danych umożliwiająca podgląd zapisu EKG w czasie rzeczywistym | Tak |  |
| 20 | Wybieranie do druku przez użytkownika wstęgi EKG wraz z ich etykietami | Tak |  |
| 21 | Możliwość wykrywania, przeglądania, tworzenia ilościowych raportów w zakresie oceny: VE, S`SVE, P`SVT, Pauz, IRR VT, IVR, Tachy, Brady, Salwa, Bigeminia, Trigeminia, Pary, R na T, uniesienia i obniżenia ST. Epizody ST, Max, Min, oraz Średni Rytm Serca, procentowy udział artefaktów w zapisie | Tak |  |
| 22 | Edytor klasy umożliwiający łatwą edycję wszystkich pobudzeń komorowych i nadkomorowych | Tak |  |
| 23 | Tabelaryczna prezentacja danych liczbowych | Tak |  |
| 24 | Możliwość drukowania raportów badań | Tak |  |
| 25 | Niezależna analiza ST każdego kanału EKG dla wybranych przez użytkownika punktów odniesienia ST, punktu J oraz linii bazowej R-R | Tak |  |
| 26 | Uruchomienie rejestracji przez przycisk zdarzeń lub automatycznie po 10 minutach | Tak |  |
| 27 | Funkcje oszczędności energii baterii | Tak |  |
| 28 | Rejestracja dwóch rodzajów zdarzeń | Tak |  |
| 29 | Filtr izolinii 0,05 Hz | Tak |  |
| 30 | Częstotliwość próbkowania: 2000 próbek/kanał | Tak |  |
| 31 | Zasilanie: 1 bateria AA lub akumulator | Tak |  |
| 32 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 33 | **Dołączone oprogramowanie do holtera EKG wersja Holcard 24W** | Tak |  |
| 34 | **Dostarczone oprogramowanie musi zapewniać pełną kompatybilność z bazą badań holtera EKG posiadaną już w Spółce oraz możliwość jej importu** | Tak |  |
| 35 | **Pełna współpraca holtera z oprogramowaniem HolCARD 24W** | Tak |  |
| 36 | Urządzenie fabrycznie nowe | Tak |  |
| 37 | Wyposażenie: etui na aparat, kable EKG (do każdego typu odprowadzeń), elektrody jednorazowe (50 szt), bateria zasilająca, karta pamięci,instrukcja użytkowania rejestratora w języku polskim  | Tak |  |
| 38 | **Pełna licencja oprogramowania na siedem stacji roboczych, każda stacja robocza z możliwością komunikacji z dowolnym dostarczonym w ramach zamówienia holterem EKG** | Tak |  |
| 39 | Urządzenie spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 175 z późn. zm.), tzn. ma być oznakowane znakiem CE, a jeżeli ocena zgodności była przeprowadzana z udziałem jednostki notyfikowanej, to obok znaku CE ma być umieszczony nr identyfikacyjny tej jednostki | Tak |  |
| 40 | Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego urządzenia w siedzibie Zamawiającego | Tak |  |
| 41  | Gwarancja min. 24 miesiące, serwisowanie sprzętu przez okres gwarancji, coroczny bezpłatny przegląd gwarancyjny, oraz jeden przegląd pogwarancyjny | Tak |  |
| 42 | Wykonawca musi posiadać własny lub zewnętrzny serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | Tak |  |

***\* UWAGA!***

*1) W powyższej tabeli kolumnę nr 4 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*2) W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 4 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.*

**WARTOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Cena jednostkowa netto rejestratora holtera EKG z oprogramowaniem…………………………..zł

Słownie ……………………………………………………………………………………………………..………złotych 00/100

Wartość przedmiotu zamówienia (7 rejestratorów holtera EKG wraz z 7 licencjami oprogramowania) netto wynosi …………………………………….zł

Słownie ……………………………………………………………………………………………………..………złotych 00/100

VAT: …… %, kwota podatku VAT: ………………………………………zł

Wartość przedmiotu zamówienia (7 rejestratorów holtera EKG wraz 7 licencjami oprogramowania) brutto wynosi …………………………………..zł

Słownie ………………………………………………………………………………………………………………złotych 00/100

**Okres gwarancji: ………… miesięcy** – należy podać ilość miesięcy, nie mniej niż 24 miesiące i nie więcej niż 60 miesięcy

1. Obustronnie podpisany protokół odbioru – przekazania sprzętu bez zastrzeżeń stanowi podstawę do wystawienia faktury.

2. Oświadczam/y, że w cenie oferty wliczone są transport do siedziby Zamawiającego, opakowanie, czynności związane z przygotowaniem dostawy.

 ……………………………………………….

podpis i pieczęć Wykonawcy

 (kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany)

**Zadanie 4: Spirometr (1 szt.)**

**Model/ typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………..**

(wypełnia Wykonawca)

**Producent/ firma: ………………………………………………………………………………..**

 (wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji: 2025**

 (wypełnia Zamawiający)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – wymagania minimalne**  | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\* |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich |  |  |
| 2 | a) Oprogramowanie pracujące w środowisku Windows’b) Spirometr obsługiwany przez dowolny PC z zaimplementowanym oprogramowaniem w systemie operacyjnym Windows |  |  |
| 3 | Zakresy pomiarowe:- zakres pomiaru przepływu min. +/- 20 l/s - rozdzielczość pomiaru przepływu min. 10 ml/s- dokładność pomiaru przepływu< 2%- zakres pomiaru objętości +/- 10 l - rozdzielczość pomiaru objętości min. 10 ml- dokładność pomiaru objętości < 2%- oporność głowicy MES DV40 < 0,9 cm/l/sek przy przepływie 14 l/s |  |  |
| 4 | a) Głowica pneumotachograficzna wymienna dla każdego pacjenta (bez konieczności stosowania jednorazowych filtrów przeciwbakteryjnych)b) w dostawie 10 szt. głowic pneumotachograficznychc) ustniki rozmiarach- dla dorosłych 10 szt.- dla dzieci 10 szt.d) klipsy na nos min 2 szt. |  |  |
| 5 | Głowica pneumotachograficzna sterylizowana w całości z gwarantowaną liczbą sterylizacji > 1000 |  |  |
| 6 | Spirometria: VC, IC, ERV, IRV, TV, BF, MV |  |  |
| 7 | Krzywa przepływ-objętość:FEV0.5, FEV0.75, FEV1, FEV2, FEV3, FEV6, FVC EX, PEF, MEF75, MEF50, MEF25, MEF@FRC, FEF75/85, FEF25/75, FEF 0.2-1.2, VPEF, TPEF, FET, TPEF%FET, MEF50% FVC EX, FEV1% FVC EX, FEV1% VC, FEV1/PEF, VCmax, FEV1% VCmax, FEV1% FEV3, FEV1% FEV6, BEV, BEV%FVCex, TC25/50, MTT, AEX, FVC IN, FIV1, PIF, MIF50, FIT, TPIF, VPIF, TPIF%FIT, FEV1% FVC IN, MEF50/MIF50, PEF/PIF, FEV1/FIV1, FET%FIT, TTOT |  |  |
| 8 | Maksymalna minutowa wentylacja dowolna MVV, BF, BR |  |  |
| 9 | a) Automatyczna kontrola wiarygodności i poprawności wykonanego badania spirometrycznego zgodnie z zaleceniami ERS/ATS z oceną jakości badania w skali A-Fb) Automatyczna ocena prawidłowo wykonanego badaniac) Automatyczna ocena próby rozkurczowej wg standardów ERSd) Możliwość automatycznej diagnozy pod warunkiem prawidłowego wykonania badania(klasa A lub B) |  |  |
| 10 | Możliwość łatwej konfiguracji wartości należnychAutorzy wartości należnych: GLI, ERS, NHANES III, Hankinson, Kuster, Falaschetti, Zapletal, Knudson, IGiChP w Rabce i inni |  |  |
| 11 | Możliwość zmiany konfiguracji raportówzawierających:a) wartości należne z informacją o ich autorzeb) liczbę odchyleń standardowych i percentylic) porównaniad) zapisane krzywe-wykresye) trendy zmian wartości mierzonych wielkościf) definiowaną przez obsługę liczbę mierzonych wielkości oraz ich kolejnośćg) /możliwość definiowania własnych raportów w bazie danychh) możliwość wyboru pacjentów ze względu na płeć, wiek, wzrost, wagęi) możliwość wyszukiwania pacjentów i grup ze względu na schorzenie, spadek określonego parametru itp. |  |  |
| 12 | Głowica pneumotachograficzna z cyfrowym przetwornikiem przepływu |  |  |
| 13 | Możliwość przyłączenia dodatkowych modułów:a) opór oddechowy metodą okluzjib) moduł pomiaru siły mięśni wdechowych (czas relaksacji przepony)c) moduł pomiaru maksymalnych ciśnień wdechowych i wydechowychd) wzorzec oddechowye) wzorzec oddechowy z P01f) moduł elektronicznej stacji pomiarowej warunków otoczenia (temperatura, ciśnienie, wilgotność) |  |  |
| 14 | Bezpłatne nowe wersja oprogramowania w okresie gwarancji i po jego zakończeniu, na system spirometryczny z zakupionymi modułami dodatkowymi |  |  |
| 15 | a) Prezentacja graficzna wolnej spirometrii i natężonej krzywej przepływ – objętość w czasie rzeczywistymb) Prezentacja graficzna badania w czasie rzeczywistym w trzech osiach: przepływ, objętość, czasc) Możliwość prezentacji krzywej przepływ-objętość na tle obrazu krzywej należnej w czasie rzeczywistymd) Przejrzysty dla lekarza i zrozumiały dla pacjenta (dziecka) system motywacyjny |  |  |
| 16 | a) Eksport wyników do formatu arkusza kalkulacyjnegob) Zapis badań w PDF |  |  |
| 17 | Oprogramowanie w języku polskim |  |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |  |
| 19 | Urządzenie spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 175 z późn. zm.), tzn. ma być oznakowane znakiem CE, a jeżeli ocena zgodności była przeprowadzana z udziałem jednostki notyfikowanej, to obok znaku CE ma być umieszczony nr identyfikacyjny tej jednostki |  |  |
| 20 | Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego urządzenia w siedzibie Zamawiającego |  |  |
| 21 | Gwarancja min. 24 miesiące, serwisowanie sprzętu przez okres gwarancji, coroczny bezpłatny przegląd gwarancyjny, oraz jeden przegląd pogwarancyjny |  |  |
| 22 | Wykonawca musi posiadać własny lub zewnętrzny serwis gwarancyjny i pogwarancyjny |  |  |

***\* UWAGA!***

*1) W powyższej tabeli kolumnę nr 4 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*2) W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 4 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.*

**WARTOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Wartość przedmiotu zamówienia (spirometru) netto wynosi …………………………………….zł

Słownie ……………………………………………………………………………………………………..………złotych 00/100

VAT: …… %, kwota podatku VAT: ………………………………………zł

Wartość przedmiotu zamówienia (spirometru) brutto wynosi …………………………………..zł

Słownie ………………………………………………………………………………………………………………złotych 00/100

**Okres gwarancji: ………… miesięcy** – należy podać ilość miesięcy, nie mniej niż 24 miesiące i nie więcej niż 60 miesięcy

1. Obustronnie podpisany protokół odbioru – przekazania sprzętu bez zastrzeżeń stanowi podstawę do wystawienia faktury.

2. Oświadczam/y, że w cenie oferty wliczone są transport do siedziby Zamawiającego, opakowanie, czynności związane z przygotowaniem dostawy.

 ……………………………………………….

podpis i pieczęć Wykonawcy

 (kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany)

**Zadanie 5: Aparat EKG wraz z wózkiem (ruchomym stolikiem) pod aparat (1 szt.)**

**Model/ typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………..**

(wypełnia Wykonawca)

**Producent/ firma: ………………………………………………………………………………..**

 (wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji: 2025**

 (wypełnia Zamawiający)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – wymagania minimalne**  | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\* |
| 1 | Mobilny zestaw do spoczynkowych badań EKG, który składa się z aparatu, wózka medycznego kompatybilnego z aparatem EKG– wyrób medyczny z certyfikatem | Tak |  |
| 2 | Fabrycznie nowy | Tak |  |
| 3 | Rejestracja 12 standardowych odprowadzeń EKG | Tak |  |
| 4 | Prezentacja na wyświetlaczu 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG, wyników analizy i interpretacji, badań zapisanych w pamięci | Tak |  |
| 5 | Wydruk dodatkowych odprowadzeń rytmów (3x4+1, 3x4+2, 3x4+3, 4x3+1, 4x3+2, 4x3+3, 6x2+1, 6x2+2, 6x2+3) | Tak |  |
| 6 | Pomiar interwałów R-R, P-Q, Q-T, oraz czasów trwania P i QRS . Pomiar poziomu obniżenia i uniesienia odcinka ST. Ciągły pomiar HR- prezentacja na wyświetlaczu | Tak |  |
| 7 | Możliwe rodzaje badań: ręczne, AUTO, SPIRO, automatyczne do schowka, AUTOMANUAL, LONG | Tak |  |
| 8 | Regulowana długość zapisu badania automatycznego – w przedziale od 6 do 30 sekund | Tak |  |
| 9 | Tryb LONG: zapis 1-15 minut (wydruk: 1-3 odprowadzeń) | Tak |  |
| 10 | Zapis wsteczny EKG (1-30 sekund) przy badaniu automatycznym do schowka i przy badaniu ręcznym | Tak |  |
| 11 | Zapis automatyczny z funkcją zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie, a następnie w zależności od ustawień: wydrukowanie badania, analizy, interpretacji lub zapisanie badania do bazy | Tak |  |
| 12 | Definiowalne etapy badania według ustalonych parametrów przy badaniu AUTOMANUAL | Tak |  |
| 13 | Łatwa obsługa dzięki menu obsługiwanemu za pomocą panelu dotykowego | Tak |  |
| 14 | Wbudowana klawiatura membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi | Tak |  |
| 15 | Możliwość ustawienia parametrów przebiegów: prędkości, czułości i intensywności wydruku | Tak |  |
| 16 | Prędkości zapisu: 5/6,25/10/ 12,5/25/50 mm/s | Tak |  |
| 17 | Czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV | Tak |  |
| 18 | Kolorowy ekran dotykowy, przekątna, min. 7" umożliwiający jednoczesne wyświetlanie 12 krzywych EKG | Tak |  |
| 19 | Przeglądanie na wyświetlaczu zapisanych w pamięci badań, z możliwością zmiany ilości odprowadzeń, wzmocnienia i prędkości | Tak |  |
| 20 |  Ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu | Tak |  |
| 21 | Wykrywanie i prezentacja impulsów stymulujących | Tak |  |
| 22 | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń stymulatora serca | Tak |  |
| 23 | Detekcja INOP odpięcia elektrody niezależna dla każdego kanału | Tak |  |
| 24 | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym | Tak |  |
| 25 | Szerokość papieru: 112 mm | Tak |  |
| 26 | Wydruk z bazy pacjentów; możliwość wydruku dodatkowych informacji o badaniu i pacjencie | Tak |  |
| 27 | Wydruk na drukarce aparatu lub zewnętrznej drukarce PCL5/PCL6 | Tak |  |
| 28 | Możliwość włączania i wyłączania filtrów: | Tak |  |
| 29 | - filtr zakłóceń sieciowych; do wyboru filtry: 50 Hz, 60 Hz | Tak |  |
| 30 | - filtr zakłóceń mięśniowych; do wyboru filtry: 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz | Tak |  |
| 31 | - filtr izolinii; do wyboru filtry: 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz | Tak |  |
| 32 | Baza pacjentów i badań; pamięć min. 14 000 badań | Tak |  |
| 33 | Wykonanie min. 280 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej | Tak |  |
| 34 | Częstotliwość próbkowania: 8000 Hz na kanał | Tak |  |
| 35 | Waga aparatu maks. 1,5 kg | Tak |  |
| 36 | Realizacja zleceń w standardzie HL7 poprzez współpracę z systemami szpitalnymi: OptiMed(Comarch), CliniNet (CGM), Somed (Kamsoft) oraz mMedica + moduł MIUD mmPACS+ od wersji 5.3 (Asseco), NewNioMed (MedTrade Medical Systems), OpenCare (Antrez Software) | Tak |  |
| 37 | Przewodowa komunikacja z siecią LAN lub Internet | Tak |  |
| 38 | Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-51 (baza CSE) - wyniki analizy i interpretacji zależne od wieku i płci pacjenta | Tak |  |
| 39 | W zestawie: - elektrody kończynowe - 4 szt. - elektrody przedsercowe - 6 szt.- kabel EKG - 1 szt.- kabel zasilania sieciowego - 1 szt.- papier R-A4 szerokość 112 mm - 1 szt.- żel do EKG - 1 szt.- wózek kompatybilny z aparatem EKGinstrukcja użytkowania w języku polskim - 1 szt. | Tak |  |
| 40 | Wózek wyposażony w:- obrotowy wysięgnik na kabel pacjenta- pokrętło blokady wysięgnika na kabel pacjenta- pojemnik na akcesoria- przednie i tylne kółka blokowane hamulcem- śruby zabezpieczające elektrokardiograf- uchwyt służący do zawinięcia zwisających kabli- Wózek medyczny , deklaracja zgodności | Tak |  |
| 41 | Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz | Tak |  |
| 42 | Urządzenie spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 175 z późn. zm.), tzn. ma być oznakowane znakiem CE, a jeżeli ocena zgodności była przeprowadzana z udziałem jednostki notyfikowanej, to obok znaku CE ma być umieszczony nr identyfikacyjny tej jednostki | Tak |  |
| 43 | Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego urządzenia w siedzibie Zamawiającego | Tak |  |
| 44 | Gwarancja min. 24 miesiące, serwisowanie sprzętu przez okres gwarancji, coroczny bezpłatny przegląd gwarancyjny, oraz jeden przegląd pogwarancyjny | Tak |  |
| 45 | Wykonawca musi posiadać własny lub zewnętrzny serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | Tak |  |

***\* UWAGA!***

*1) W powyższej tabeli kolumnę nr 4 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*2) W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 4 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.*

**WARTOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Wartość przedmiotu zamówienia (aparat EKG 1 szt.) netto wynosi …………………………………….zł

Słownie ……………………………………………………………………………………………………..………złotych 00/100

VAT: …… %, kwota podatku VAT: ………………………………………zł

Wartość przedmiotu zamówienia (aparat EKG 1 szt.) brutto wynosi …………………………………..zł

Słownie ………………………………………………………………………………………………………………złotych 00/100

**Okres gwarancji: ………… miesięcy** – należy podać ilość miesięcy, nie mniej niż 24 miesiące i nie więcej niż 60 miesięcy

1. Obustronnie podpisany protokół odbioru – przekazania sprzętu bez zastrzeżeń stanowi podstawę do wystawienia faktury.

2. Oświadczam/y, że w cenie oferty wliczone są transport do siedziby Zamawiającego, opakowanie, czynności związane z przygotowaniem dostawy.

 ……………………………………………….

podpis i pieczęć Wykonawcy

 (kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany)

**Zadanie 6: Aparat EKG mobilny (2 szt.)**

**Model/ typ oferowanego urządzenia: ………………………………………………………..**

(wypełnia Wykonawca)

**Producent/ firma: ………………………………………………………………………………..**

 (wypełnia Wykonawca)

**Rok produkcji: 2025**

 (wypełnia Zamawiający)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia – wymagania minimalne**  | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\* |
| 1 | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich | Tak |  |
| 2 | Rejestracja odprowadzeń EKG 12 standardowych | Tak |  |
| 3 | Tryb wydruku 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG | Tak |  |
| 4 | Rodzaje badań: ręczne, AUTO, automatyczne do schowka | Tak |  |
| 5 | Prezentacja na wyświetlaczu 12 przebiegów EKG | Tak |  |
| 6 | Zapis automatyczny "do schowka" 12 odprowadzeń | Tak |  |
| 7 | Długość zapisu badania automatycznego od 6 do 30 sekund | Tak |  |
| 8 | Wydruk na wbudowanej drukarce – papier 112 mm lub drukarce zewnętrznej – papier A4 | Tak |  |
| 9 | Zapis automatyczny z funkcją zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie, a następnie w zależności od ustawień: wydrukowanie badania, analizy, interpretacji lub zapisanie badania do bazy | Tak |  |
| 10 | Ekran dotykowy 7” , rozdzielczość 800x480 | Tak |  |
| 11 | Wbudowana klawiatura membranowa z przyciskami funkcyjnymi | Tak |  |
| 12 | Wykonywanie do 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej | Tak |  |
| 13 | Czułość: 2,5: 5; 10; 20 mm/mV | Tak |  |
| 14 | Prędkości zapisu (5; 6,25; 10; 12,5; 25 i 50 mm/s) | Tak |  |
| 15 | Rozdzielczość przetwornika 12bitów | Tak |  |
| 16 | Filtr zakłóceń sieciowych 50 Hz, 60 Hz | Tak |  |
| 17 | Filtr zakłóceń mięśniowych 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz | Tak |  |
| 18 | Filtr izolinii; do wyboru: 0,15 Hz, 0,45 Hz, | Tak |  |
| 19 |  0,75 Hz, 1,5 Hz | Tak |  |
| 20 | Detekcja odpięcia elektrody INOP niezależna dla każdego kanału | Tak |  |
| 21  | Ciągły pomiar akcji serca i prezentacja na wyświetlaczu | Tak |  |
| 22 | Aparat przystosowany do pracy na otwartym sercu | Tak |  |
| 23 | Wykrywanie i prezentacja impulsów stymulujących | Tak |  |
| 24 | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeni stymulatora serca | Tak |  |
| 25 | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym | Tak |  |
| 26 | Eksport badań do pamięci USB | Tak |  |
| 27 | Pamięć min. 1000 pacjentów lub 1000 badań | Tak |  |
| 28 | Wymiary: 258x199x50 mm (+/-2%) | Tak |  |
| 29 | Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-51 | Tak |  |
| 30 | EDM - archiwizacja badań za dany okres na zewnętrznym nośniku (pamięć USB) | Tak |  |
| 31 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 32 | Wyposażenie: kabel pacjenta – 1 szt., elektrody kończynowe – 1 kpl., elektrody przyssawkowe – 1 kpl., kabel zasilający – 1 szt., żel do EKG – 1 szt., rolka papieru 112 mm – 1 szt. | Tak |  |
| 33 | Urządzenie spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 175 z późn. zm.), tzn. ma być oznakowane znakiem CE, a jeżeli ocena zgodności była przeprowadzana z udziałem jednostki notyfikowanej, to obok znaku CE ma być umieszczony nr identyfikacyjny tej jednostki | Tak |  |
| 34 | Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego urządzenia w siedzibie Zamawiającego | Tak |  |
| 35 | Gwarancja min. 24 miesiące, serwisowanie sprzętu przez okres gwarancji, coroczny bezpłatny przegląd gwarancyjny, oraz jeden przegląd pogwarancyjny | Tak |  |
| 36 | Wykonawca musi posiadać własny lub zewnętrzny serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | Tak |  |

***\* UWAGA!***

*1) W powyższej tabeli kolumnę nr 4 wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*

*2) W przypadku zaznaczenia w kolumnie nr 4 opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.*

**WARTOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Cena jednostkowa netto aparatu EKG mobilnego…………………………..zł

Słownie ……………………………………………………………………………………………………..………złotych 00/100

Wartość przedmiotu zamówienia (aparat EKG mobilny 2 szt.) netto wynosi …………………………………….zł

Słownie ……………………………………………………………………………………………………..………złotych 00/100

VAT: …… %, kwota podatku VAT: ………………………………………zł

Wartość przedmiotu zamówienia (aparat EKG mobilny 2 szt.) brutto wynosi …………………………………..zł

Słownie ………………………………………………………………………………………………………………złotych 00/100

**Okres gwarancji: ………… miesięcy** – należy podać ilość miesięcy, nie mniej niż 24 miesiące i nie więcej niż 60 miesięcy

1. Obustronnie podpisany protokół odbioru – przekazania sprzętu bez zastrzeżeń stanowi podstawę do wystawienia faktury.

2. Oświadczam/y, że w cenie oferty wliczone są transport do siedziby Zamawiającego, opakowanie, czynności związane z przygotowaniem dostawy.

 ……………………………………………….

podpis i pieczęć Wykonawcy

 (kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany)