|  | **Opis parametrów** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane****(wypełnia Wykonawca)**  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I.** | **Modernizacja systemu rejestracji parametrów elektrofizjologicznych serca** | TAK |  |
|  | System w wyniku modernizacji będzie zapewniał współpracę z systemem mapowania elektro-anatomicznego CARTO 3. Współpraca pomiędzy systemami CardioLab i Carto 3 będzie realizowana na poziomie wzmacniaczy CLab II Plus (CardioLab) i PIU (Carto) z wykorzystaniem jednakowych przewodów EKG i przewodów IC z szybkozłączem oraz na poziomie integracji oprogramowania w celu synchronizacji i korelacji zapisów EKG i IC z obrazami przestrzennymi serca 3D. | TAK |  |
|  | Komputer sterujący zgodny z wymaganiami producenta oprogramowania i systemu skonfigurowany do instalacji w sali zabiegowej ze sterownią wyposażony w nowe monitory i oprogramowanie:- monitory TFT-LCD o przekątnej 21” wysokiej rozdzielczości 1200 x 1600 – 4 sztuki- oprogramowanie elektrofizjologiczne w najnowszej wersji 6.9.6.R3 | TAK |  |
|  | Komputer sterujący rejestracji danych o parametrach technicznych:• procesor INTEL® 2.0 GHz Quad-core lub lepszy• 16 GB RAM• 2 dyski twarde RAID 500 GB• napęd DVD RW• napęd kart SDHC• MS SQL Server® 2008, edycja standardowa• mysz optyczna• Microsoft Windows 7 Ultimate dla systemów wbudowanych (32-bitowy)• Microsoft Office Professional Plus 2010 | TAK,podać |  |
|  | Oprogramowanie systemowe zgodne z wymaganiami producenta oprogramowania operatorskiego i systemu elektrofizjologicznego wraz z pakietem biurowym obsługującym formaty pakietu Ms Office zapewniające kompatybilność (odtwarzanie, przeglądanie, edycja) danych zapisów elektrofizjologicznych z obecnie posiadanego systemu | TAK,podać |  |
|  | Oprogramowanie elektrofizjologiczne pozwalające na jednoczesny odbiór sygnału, kontrolę parametrów ablacji, zapamiętywanie, przegląd i analizę danych, przegląd wydarzeń co najmniej dla funkcji realizowanych w obecnie posiadanym systemie:- konfigurowalne częstości próbkowania: 1K, 2K, & 4K- Trigger- autodetekcja stymulacji,- narzędzia mapujące, w tym mapujące impuls stymulatora, aktywację i dopasowanie odstępu- autodetekcja aplikacji RF i Cryo-ablacji- przesuw 6 mm/s - 400 mm/s na ekranie czasu rzeczywistego i analizy- monitorowanie ciśnień inwazyjnych i alarmy dźwiękowe ułatwiające rejestrację danych, inne - podać | TAK,podać |  |
|  | Funkcja akwizycji i przechowywania obrazu fluoroskopii skorelowanej czasowo z zapisem EKG w postaci min. zapisu scen ekranów pozwalająca na przeglądanie w czasie rzeczywistym obrazów RTG, Echo / Echo wewnątrzsercowe lub pochodzących z innego źródła wideo (4 wejścia video) – dodatkowy monitor | TAK |  |
|  | Algorytmy prezentacji sygnałów zapewniające wyższą jakość krzywych, poprawiające wizualizację słabych sygnałów fizjologicznych - definiowane przez użytkownika ustawienia wyświetlania umożliwiające uzyskiwanie charakterystyk krzywych spełniających indywidualne wymagania | TAK,podać |  |
|  | Komunikacja z generatorem ablacji i cryo-ablacji – rzeczywista prezentacja numeryczna i czasowa dodatnich i ujemnych temperatur, rejestracja całkowitego czasu ablacji | TAK |  |
|  | Dostęp do danych krzywych w postaci nieprzetworzonej (tzw. ekstrakcja danych), współpraca z dedykowaną zdalną stacją umożliwiającą tworzenie i uruchamianie dodatkowych algorytmów na rzeczywistych danych poza aktywnym środowiskiem pacjenta | TAK |  |
| **II.** | **Wymagania dodatkowe** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK,Podać |  |
|  | Przeglądy techniczne podczas gwarancji, częstotliwość przeglądów wymagana przez producenta | TAK,dostarczyć oświadczenie podczas odbioru |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej | TAK,dostarczyć podczas odbioru |  |
|  | Dostawca wskaże serwis gwarancyjny i pogwarancyjny dostarczonego sprzętu – podać nazwę, adres, telefon, faks | TAK,dostarczyć podczas odbioru |  |
|  | Dostarczenie oświadczenia potwierdzającego, że pracownicy serwisu posiadają odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie oraz posiadają imienne certyfikaty wystawione przez producenta ze szkolenia w zakresie obsługi serwisowej przedmiotu umowy | TAK,dostarczyć podczas odbioru |  |
| **III.** | **Dodatkowe informacje o oferowanym sprzęcie** |  |  |
|  | Producent | TAK,podać |  |
|  | Model\* | TAK,Podać |  |
|  | Nazwa katalogowa\* | TAK,Podać |  |

 „\*” – uzupełnić w przypadku posiadania przez oferowany sprzęt w/w danych;

Niniejszym oświadczam, iż oferowany sprzęt posiada parametry techniczne określone powyżej.

.................................................................
 /podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

....................................... dn., .......................