Nr postępowania: A-OZPI.272.2.5.2024.JM3 Załącznik nr 7 do SWZ

|  |
| --- |
| **Uwaga!**  **Niniejszy dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym** |

**Zamawiający:**

Powiat Jarociński

Al. Niepodległości 10

63-200 Jarocin

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………

(należy uzupełnić o pełną nazwę/firmę, siedzibę, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………………………………………

(należy uzupełnić o imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego

na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 1605 ze zm.)

na dostawę pn.:

„Zapewnienie wysokiej jakości usług świadczonych w Szpitalu Powiatowym w Jarocinie Sp. z o.o.”

Część III – Dostawa pozostałego sprzętu medycznego i wyposażenia

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA WRAZ Z WYMAGANYMI PARAMETRAMI – ZESTAW ZAWIERAJĄCY HOLTER EKG Z REJESTRATOREM**

ZESTAW ZAWIERAJĄCY HOLTER EKG Z REJESTRATOREM – **1 szt.**

Niespełnienie co najmniej jednego z postawionych poniżej wymagań co do ich wartości minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wymagane wiersze i kolumny w poniższej tabeli.

**Pełna nazwa i typ zestawu zawierającego holter ekg z rejestratorem**: ............................................ *(uzupełnia Wykonawca)*

**Nazwa producenta zestawu zawierającego holter ekg z rejestratorem**: ............................................ *(uzupełnia Wykonawca)*

**Kraj pochodzenia zestawu zawierającego holter ekg z rejestratorem:** *............................................ (uzupełnia Wykonawca)*

**Cena zestawu zawierającego holter ekg z rejestratorem w zł netto wynosi:**............................................. *(uzupełnia Wykonawca)*

**Słownie złotych netto:**………………………………… *(uzupełnia Wykonawca)*

**Podatek VAT**………..**%** *(uzupełnia Wykonawca)*

**Cena zestawu zawierającego holter ekg z rejestratorem w zł brutto:**........................................................ *(uzupełnia Wykonawca)*

**Słownie złotych brutto***:* .............................................. *(uzupełnia Wykonawca)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Wartość wymaganego parametru**  **przez Zamawiającego** | **Wartość parametru oferowanego**  **– podać, opisać**  *(uzupełnia Wykonawca)* |
| 1. | Sprzęt fabrycznie nowy, nie demonstracyjny, nie powystawowy, rok produkcji 2024 | TAK |  |
| 2. | Rejestrator kompatybilny z posiadanym przez Szpital Powiatowy w Jarocinie Sp. z o.o., ul. Szpitalna 1, 63-200 Jarocin systemem BTL CardioPoint | TAK |  |
| 3. | Rejestrator 3, 7, 12-kanałowy (stosownie od ustawień  i rozmieszczenia elektrod) | TAK |  |
| 4. | Zapis danych w trybie 3 i 7 kanałowym z 5 elektrod  i 12-kanałowym z 10 elektrod | TAK |  |
| 5. | Rejestrowane odprowadzenia:   * 3 odprowadzenia: mV1, mV3, mV5, * 7 odprowadzeń I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, * 12 odprowadzeń: I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V4, V5, V6. | TAK |  |
| 6. | Klawiatura: Mikroprzełączniki | TAK |  |
| 7. | Sprawdzanie niepodłączonych odprowadzeń | TAK |  |
| 8. | Minimum dwa sposoby weryfikacji poprawności podłączenia elektrod na ekranie rejestratora ‒ wykres słupkowy zakłóceń, prezentacja wstęgi EKG z każdego odprowadzenia | TAK |  |
| 9. | Czas zapisu: 12 godzin, 24 godziny, 48 godzin, 7 dni  i nieograniczony | TAK |  |
| 10. | Długość rejestracji: 200 – 900 MB przez 24h  (zależny od sygnału I liczby odprowadzeń) | TAK |  |
| 11. | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | TAK |  |
| 12. | Wyświetlacz LCD do 2,1” o rozdzielczości 128x64 | TAK |  |
| 13. | Waga rejestratora max. 110 g | TAK |  |
| 14. | Wymiary rejestratora: max. 105 x 65 x 24 mm | TAK |  |
| 15. | Długość kabla pacjenta w zależności od odprowadzenia: min. 40 max. 90 cm | TAK |  |
| 16. | Transmisja danych za pomocą USB, z możliwością wyświetlania zapisu EKG oraz poziomu szumów  z każdego odprowadzenia na ekranie komputera, karta SD | TAK |  |
| 17. | Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min.  od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta | TAK |  |
| 18. | Możliwość edycji parametrów badania z poziomu rejestratora | TAK |  |
| 19. | Częstotliwość próbkowania 8 x 2000Hz | TAK |  |
| 20. | Rozdzielczości przetwornika AD przy rejestracji 24 bity | TAK |  |
| 21. | Funkcja wykrywania rozrusznika 100us przy próbkowaniu min. 40000Hz | TAK |  |
| 22. | Zapis danych na karcie pamięci typu SD do 2 GB | TAK |  |
| 23. | Detekcja i analiza pracy stymulatora | TAK |  |
| 24. | Analiza kardiostymulatorów typu: AAI, AAIR, DDD, DDDR, DDI, DDIR, DDT, V00, VAT, VDD, VDDR, VDI, VDIR, VVI, VVIR | TAK |  |
| 25. | Rozszerzona analiza kardiostymulatorów | TAK |  |
| 26. | Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon), długość nagrania 10 s | TAK |  |
| 27. | Zakres częstotliwości (wyłączone filtry cyfrowe): 0,049 Hz – 220 Hz | TAK |  |
| 28. | Rozdzielczość przetwornika AD przy rejestracji głosu:  10 bitów | TAK |  |
| 29. | Impedancja wejściowa: > 20 MΩ | TAK |  |
| 30. | Wskaźnik niskiej baterii: sygnał dźwiękowy i komunikat  na wyświetlaczu | TAK |  |
| 31. | Współczynnik tłumienia CMR (z filtrem cyfrowym):  > 100 dB (> 115 dB) ‒ dla kabla 5 odprowadzeniowego | TAK |  |
| 32. | Możliwość włączenia/wyłączenia dźwięku klawiszy | TAK |  |
| 33. | Zasilanie za pomocą 2 baterii lub akumulatorów AA | TAK |  |
| 34. | Dodatkowe, wewnętrzne zasilanie do podtrzymywania zapisu w trakcie wymiany baterii/akumulatorów | TAK |  |
| 35. | Obudowa z PC-ABS | TAK |  |