

Formularz asortymentowo - cenowy
Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.

Pakiet nr 1 Nebulizator

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Nebulizator	Szt.	1					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego min. 24 miesiące max.60 miesięcy	TAK, podać	- 60 miesięcy - 40 pkt.; - od 24 do 59 miesięcy - ilość punktów przyznana będzie według wzoru
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

Nebulizator

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I	Warunki ogólne		
1.	Urządzenie fabrycznie nowe, rok 2021	TAK, podać	
2.	Nebulizator	TAK	

3.	Zmienny tryb pracy min. czas pracy ciągłej 20 minut	TAK, podać	
4.	Średnia prędkość inhalacji: 0,25 ml/min	TAK, podać	
5.	Stała wielkość cząsteczki MMAD: 3,651 µm	TAK, podać	
6.	Niezienna wielkość cząsteczek podawanej substancji leczniczej	Tak	
7.	Objętość mgiełki powyżej: 5 l/min	TAK, podać	
8.	Zakres ciśnienia kompresor: ≥ 29psi /00kPa	TAK, podać	
9.	Natężenie przepływu powietrza robocze: > 3,5 litrów/minutę	TAK, podać	
10.	Zakres wilgotności roboczej: 10 do 90%	TAK, podać	
11.	Zbiornik na lek pojemność: 10ml	TAK, podać	
12.	poziom natężenia hałasu: 60 dB	TAK, podać	
13.	gabaryty: 205 x 148 x 108 mm	TAK, podać	
14.	pobór mocy: ≤ 130W	Tak, podać	
15.	waga aparatu max 1,4 kg	Tak, podać	
16.	w zestawie min. maski, ustniki, dreny, zapasowe filtry	Tak, podać	
II	Wyposażenie:		
1.	Instrukcja obsługi	TAK	
2.	Karta gwarancyjna	TAK	

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:

Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do tygodni od dnia zawarcia umowy.**

** W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo – cenowym, Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. 6 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SIWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu

zamówienia.

2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość,, dnia2021r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

Formularz asortymentowo - cenowy
Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.

Pakiet nr 2 Inhalator ultradźwiękowy

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Inhalator ultradźwiękowy	Szt.	1					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego min. 24 miesiące max.60 miesięcy	TAK, podać	- 60 miesięcy - 40 pkt.; - od 24 do 59 miesięcy - ilość punktów przyznana będzie według wzoru
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

Inhalator ultradźwiękowy

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I	Wymagania ogólne		
1.	Urządzenie fabrycznie nowe, rok 2021	TAK, podać	
2.	Inhalator	TAK	
3.	Częstotliwość: 1,7MHz+/-0,17Mhz	TAK, podać	

4.	Wydajność: ≥3ml/min	TAK, podać	
5.	Max. poj. leku dla małego kubka: 150ml	TAK, podać	
6.	Max. poj. leku dla dużego kubka: 350ml	TAK, podać	
	Odstęp w pracy: ≥4h	TAK, podać	
7.	Czas pracy max. 60min	TAK, podać	
8.	Hałas ≤50 dB(A)	TAK, podać	
9.	Wymiary: 247 x 140 x 201 (mm) +/- 10 mm	TAK, podać	
10.	Waga max 2 kg	TAK, podać	
11.	Podczas nebulizacji nie występują straty leku	TAK	
12.	Szybka nebulizacja, możliwość regulowania jej tempa	TAK	
13.	Możliwość podawania dużych dawek leku oraz modyfikacji dawki	Tak	
14.	Inhalator ultradźwiękowy nie uwalnia freonu,	Tak	
II	Wyposażenie:		
1.	Instrukcja obsługi	TAK	
2.	Karta gwarancyjna	TAK	

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:

Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do tygodni od dnia zawarcia umowy.**

** W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego-lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo - cenowym, Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. 6 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

UWAGA:

1.W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SIWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.

2.Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.

3.Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego

załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość,, dnia2021r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

Formularz asortymentowo - cenowy

Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.

Pakiet nr 3 Stół do drenażu

L.p.	Wyszczególnienie	J.m.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	Stół do drenażu	Szt.	1					
				RAZEM				

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego min. 24 miesiące max.60 miesięcy	TAK, podać	- 60 miesięcy - 40 pkt.; - od 24 do 59 miesięcy - ilość punktów przyznana będzie według wzoru
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

Stół do drenażu

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
I	Warunki ogólne		
1.	Urządzenie fabrycznie nowe, rok 2021	TAK, podać	
2.	Stół zabiegowy min. z 8 segmentów, z czego każdy ruchomy. Stół wyposażony w ramę stalową podpierającą część nożną.	TAK, podać	

3.	Podział i łamanie leżyska realizowane za pomocą sprężyn gazowych. Możliwość ułożenia stołu do drenażu limfatycznego tułowia czyli pozycja pacjenta leżąca na plecach z ugiętymi w stawach kończynami, oraz uniesioną lekko głową.	Tak, podać	
4.	Rama stołu wykonana ze stali	TAK	
5.	Wymiary stołu: Długość 200 cm +/- 2 cm Szerokość 65 cm +/- 2 cm	TAK, podać	
6.	Wysokość stołu regulowana elektrycznie za pomocą pilota w zakresie: min. 48 max 90	TAK, podać	
7.	Stół posiada regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej w zakresie: -45° + 35° +/- 5°	TAK, podać	
8.	Stół wyposażony w tapicerkę zmywalną	TAK,	
9.	Kolor tapicerki z możliwością wyboru min.15 kolorów	TAK, podać	
10.	Maksymalne obciążenie stołu min. 150 kg	TAK, podać	
11.	Waga stołu max 80 kg.	TAK, podać	
12.			
II	Wyposażenie:		
1.	Instrukcja obsługi	TAK	
2.	Karta gwarancyjna	TAK	

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:

Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do tygodni od dnia zawarcia umowy.**

** W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo - cenowym, Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. 6 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

UWAGA:

1. W celu identyfikacji zaofertowanego sprzętu (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SIWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu

zamówienia.

2. Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.
3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść - stanowi on integralną część oferty - deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość,, dnia2021r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*

Formularz asortymentowo - cenowy
Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19.

Pakiet nr 4 System do wielostanowiskowej rehabilitacji kardiologicznej

Lp.	Wyszczególnienie	kpl.	Ilość	Cena Jednostkowa netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent, model, nr katalogowy (jeżeli dotyczy)
1.	System do wielostanowiskowej rehabilitacji kardiologicznej	Szt.	1					
RAZEM								

	Warunki gwarancji i serwisu:	Oferowany okres gwarancji i inne	Ilość punktów możliwych do uzyskania
1.	Okres gwarancji, liczony od dnia podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego min. 24 miesiące max.60 miesięcy	TAK, podać	- 60 miesięcy - 40 pkt.; - od 24 do 59 miesięcy - ilość punktów przyznana będzie według wzoru
2.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK*/NIE * podać adresy oraz telefony kontaktowe	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert
3.	Możliwość zgłaszania wad/usterek	TAK podać numery telefonów i faksu i/lub e-mail	Parametr nie podlega ocenie w zakresie kryterium oceny ofert

System do wielostanowiskowej rehabilitacji kardiologicznej

Lp.	Nazwa parametru/podzespołu	Parametr / Warunek wymagany	Parametr / Warunek oferowany (podać zakres lub opisać)
Skład systemu			
1.	Urządzenie fabrycznie nowe, rok 2021	TAK, podać	

2.	Zestaw komputerowy z oprogramowaniem do wielostanowiskowej rehabilitacji kardiologicznej dla 1-16 stanowisk oraz oprogramowaniem do przeprowadzania prób wysiłkowych – 1 kpl. Parametry minimalne: - procesor zgodny z architekturą x86 i x64, osiągający, co najmniej 9000 punktów w teście wydajnościowym PassMark CPU Benchmarks - 8 GB RAM - 1 TB HDD	TAK, podać	
3.	Monochromatyczna drukarka laserowa – 1 szt.	Tak, podać	
4.	Monitor min 24" – 2 szt.	Tak, podać	
5.	Stanowisko treningowe współpracujące bezprzewodowo z systemem: rower rehabilitacyjny z wbudowanym miernikiem automatycznego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi – 4 szt.	TAK, podać	
6.	Stanowisko treningowe współpracujące bezprzewodowo z systemem: bieżnia rehabilitacyjna – 1 szt.	TAK, podać	
7.	Bezprzewodowe moduły EKG do prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej – 5 szt.	TAK, podać	
8.	Bezprzewodowy moduł EKG do wykonywania prób wysiłkowych – 1 szt.	TAK, podać	
9.	Zbiorcza ładowarka do bezprzewodowych modułów EKG – 1 szt.	TAK,	
10.	Biurko komputerowe – 1 szt.	TAK, podać	
Funkcjonalność systemu do wielostanowiskowej rehabilitacji kardiologicznej			
11.	Bezprzewodowa komunikacja z systemem nadzorującym oraz sterowanie rowerami rehabilitacyjnymi i bieżniami rehabilitacyjnymi	TAK, podać	
12.	Bezprzewodowa transmisja sygnału EKG z pacjenta do	TAK	

	systemu nadzorującego		
13.	Automatyczne kojarzenie bezprzewodowego modułu EKG z dowolnym rowerem rehabilitacyjnym w ramach oferowanego systemu	TAK	
14.	Możliwość niezależnego programowania parametrów treningowych dla każdego pacjenta w sposób graficzny i ręczny lub możliwość niezależnego programowania parametrów treningowych dla każdego pacjenta w sposób ręczny i z pośrednią funkcją graficzną	TAK, podać	
15.	Programowanie treningów: interwałowych, ze stabilizacją akcji serca, z programowym narastaniem i obniżaniem obciążenia, ustalanie punktów pomiaru ciśnienia krwi oraz kombinacje powyższych	TAK	
16.	Możliwość automatycznego tworzenia treningów z wykorzystaniem szablonów wraz z możliwością ich późniejszej modyfikacji	TAK	
17.	Możliwość tworzenia własnych szablonów treningu	TAK	
18.	Możliwość edycji treningu w czasie jego trwania	TAK	
19.	Monitorowanie dwóch odprowadzeń EKG wraz z pełną archiwizacją zapisu EKG – przed rozpoczęciem treningu, w trakcie treningu i po jego zakończeniu aż do momentu przerwania zapisu przez personel medyczny	TAK	
20.	Monitorowanie częstości akcji serca w zakresie min. 20 – 200 ud./min. lub w zakresie 30- 300 ud./min.	TAK, podać	
21.	Prezentacja na ekranie dwóch nałożonych na siebie zespołów PQRST – z fazy spoczynkowej i aktualnie wyliczanego podczas treningu	TAK	
22.	Automatyczna detekcja i klasyfikacja podstawowych rodzajów arytmii zapamiętywanych w postaci zdarzeń EKG	TAK	
23.	Możliwość ręcznego dodawania zdarzeń EKG w trakcie trwania treningu i po jego zakończeniu	TAK	
24.	Możliwość podglądu zarejestrowanego EKG w trakcie trwania treningu, podglądu zdarzeń wraz z możliwością ich wydruku z poziomu treningu	TAK	

25.	Możliwość podglądu wcześniejszych treningów wykonanych przez pacjenta z poziomu treningu	TAK	
26.	Indywidualne przydzielanie limitów mocy i tętna dla każdego pacjenta	TAK	
27.	Indywidualne przydzielanie limitów tętna dla każdego pacjenta - możliwość ustawienia dolnej i górnej granicy przekroczenia tętna	TAK	
28.	Monitorowanie alarmu przekroczenia zadanego limitu tętna	TAK	
29.	Wyświetlanie planowanej wartości mocy dla roweru i rzeczywistej wartości uzyskiwanej przez pacjenta	TAK	
30.	Możliwość rozpoczęcia treningu przez personel medyczny lub pacjenta	TAK	
31.	Archiwizowane dane pacjenta, min.: imię i nazwisko, adres zamieszkania, wzrost, waga, wiek, przyjmowane leki	TAK, podać	
32.	Archiwizacja badań dla każdego pacjenta, min.: dane pacjenta, pełny zapis 2 odprowadzeń EKG, trend częstości akcji serca, trend obciążenia mocy dla roweru, trend ciśnienia tętniczego krwi, zapis znaczników arytmii na zapisanym przebiegu EKG, wartość pracy wykonanej w czasie treningu	TAK, podać	
33.	Ocena treningu wg skali Borga, możliwość wyboru skali 10- lub 20-stopniowej	TAK, podać	
34.	Automatyczne wyliczanie wskaźnika BMI z podanych wartości	TAK/ NIE	
35.	Możliwość zastosowania kart chipowych do szybkiej identyfikacji pacjentów i inicjalizacji treningu	TAK	
36.	Możliwość zakładania kart pacjentów przy użyciu kart chipowych NFZ lub system z wbudowanym czytnikiem kart chipowych wykorzystywany przy inicjalizacji treningu lub odczytu danych z standardowych kart chipowych	TAK, podać	
37.	Wzmacniacz sygnału EKG 2-kanalowy, różnicowy, zabezpieczony przed defibrylacją, filtr izolinii oraz filtr zakłóceń sieciowych 50 Hz	TAK, podać	
38.	Program i instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
39.	Wspólna baza danych pacjentów, dla których prowadzona jest rehabilitacja kardiologiczna oraz wykonywane są próby	TAK	

	wysiłkowe		
Funkcjonalność systemu do wykonywania prób wysiłkowych			
40.	Możliwość wykonywania badań spoczynkowych i wysiłkowych	TAK	
41.	Stałe monitorowanie 12 standardowych odprowadzeń uzupełnionych obliczanymi odprowadzeniami ortogonalnymi X, Y, Z lub system z opcją stałego monitorowania 12 standardowych odprowadzeń, bez funkcji obliczania odprowadzeń ortogonalnych X, Y, Z.	TAK, podać	
42.	Monitorowanie 15 lub 12 odprowadzeń z możliwością wyboru, min.: 1 powiększony, 3, 6, 2x6, 3x4, wszystkie kanały EKG na ekranie	TAK, podać	
43.	Automatyczny pomiar MET, ilości pobudzeń komorowych, HR, poziomu ST, nachylenia odcinka ST oraz różnicy pomiędzy bieżącym a spoczynkowym poziomem ST we wszystkich odprowadzeniach	TAK	
44.	Archiwizacja wyników badań na dysku komputera oraz nośnikach DVD-R/RW	TAK	
45.	Bieżąca analiza zmiany zapisu EKG w stosunku do zapisu wyjściowego dla wszystkich 15 odprowadzeń wraz z możliwością obserwacji powiększonych zespołów średnich lub system z opcją monitorowania 12 odprowadzeń z możliwością wyboru, min.: 1 powiększony, 3, 6, 2x6, 3x4, wszystkie kanały EKG na ekranie	TAK, podać	
46.	Wiarygodna bieżąca obserwacja i ocena odcinka ST (system zabezpieczający przed falowaniem EKG usuwający artefakty i zaburzenia rytmu)	TAK	
47.	Możliwość ustawienia punktu J automatycznie i manualnie	TAK	
48.	Obsługa standardowych protokołów badań, min. : Bruce, Bruce zmodyfikowany itp., protokołu typu RAMP oraz własnych	TAK, podać	
49.	Możliwość konfiguracji raportów końcowych	TAK	
50.	Możliwość tworzenia raportów indywidualnych	TAK	
51.	Ciągłe monitorowanie oraz porównywanie docelowej i aktualnej częstości akcji serca	TAK	

52.	Wyświetlanie całkowitego czasu badania oraz czasów poszczególnych etapów	TAK	
53.	Ciągłe monitorowanie zadanej mocy oraz prędkości obrotowej	TAK	
54.	Prezentacja na bieżąco współczynnika MET i produktu podwójnego	TAK	
55.	Prezentowanie aktualnego oraz procentowego limitu tętna w stosunku do wartości maksymalnej	TAK	
56.	Możliwość wprowadzania wyników pomiaru ciśnienia krwi w czasie trwania badania	TAK	
57.	Możliwość wyboru filtrów górno- i dolnoprzepustowych	TAK	
58.	Możliwość sterowania przebiegiem badania: wydrukiem raportów, sterowania cykloergometrem lub bieżnią, podglądem badania w czasie trwania badania	TAK	
59.	Możliwość zmiany obciążenia podczas badania	TAK	
60.	Możliwość konfiguracji formatu raportu końcowego zawierającego, min.: nazwę stosowanego protokołu, dane pacjenta, czas trwania próby, wartość ciśnienia tętniczego, wartość częstości rytmu serca, maksymalne zmiany odcinka ST w poszczególnych odprowadzeniach, graficzna i tabelaryczna ocena trendów zmian odcinka ST wraz ze współczynnikami MET, możliwość wydruku wybranych odcinków czasowych ze wszystkich 12 odprowadzeń w czasie trwania badania wysiłkowego, z końca etapów oraz z zaznaczonych zdarzeń kardiologicznych („na życzenie”)	TAK, podać	
61.	Możliwość przeglądu wykonanej części badania w trakcie jego trwania z jednoczesnym podglądem jednego z wybranych odprowadzeń	TAK	
62.	Możliwość reanalizy archiwalnych wyników badań w dowolnej konfiguracji po ręcznej korekcji położenia markerów pomiarowych dla odcinka ST	TAK	
63.	Możliwość prowadzenia długotrwałego monitorowania spoczynkowego EKG z równoczesną prezentacją częstości akcji serca, zespołów średnich i parametrów odcinka ST	TAK	

64.	Możliwość przejścia sterowania obciążeniem przez osobę nadzorującą próbę wysiłkową	TAK	
65.	Możliwość wpisywania uwag i komentarza końcowego przed zakończeniem badania	TAK	
66.	Archiwizacja wszystkich danych	TAK	
67.	Alarmowanie dźwiękiem lub zmianą kolorów odpowiedniego pola dla: przekroczenia zadanego limitu HR, progu poziomu ST oraz nieprawidłowej pracy zadajników obciążenia lub złego kontaktu elektrod	TAK, podać	
68.	Czułość dla zespołów średnich, min.: 5, 10, 20, 50 i 100 mm/mV lub czułością dla zespołów średnich, 2,5, 5, 10, 20, 10/5 mm/mV.	TAK, podać	
69.	Prędkość przesuwu zapisu EKG, min.: 5, 10, 25, 50 i 100 mm/s	TAK, podać	
70.	Bezprzewodowa współpraca systemu z ergometrem i bieżnią	TAK	
71.	Bezprzewodowe połączenie modułu EKG	TAK	
72.	Możliwość wymiany poszczególnych przewodów w module EKG	TAK	
73.	Zasięg transmisji sygnału EKG co najmniej 10 m	TAK, podać	
74.	Tłumienie sygnału wspólnego powyżej 100 dB	TAK, podać	
75.	Pasma przenoszenia 0,05 - 150 Hz	TAK	
76.	Czas pracy modułu EKG z akumulatora min. 16 h lub system z bezprzewodowym modulem EKG z czasem pracy do 12 godzin. lub czas pracy modułu EKG - 10 godzin na zasilaniu akumulatorowym, z możliwością podłączenia ładowarki i kontynuacji pracy w sposób nieprzerwany.	TAK, podać	
77.	Masa modułu EKG max 400 g	TAK, podać	
78.	Wymiary modułu EKG max 140 x 100 x 50 mm lub 155x100x30mm	TAK, podać	
79.	Program i instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
80.	Wspólna baza danych pacjentów, dla których wykonywane są próby wysiłkowe oraz prowadzona jest rehabilitacja kardiologiczna	TAK	

Rowery rehabilitacyjne

81.	Bezprzewodowa współpraca z wielostanowiskowym systemem rehabilitacji kardiologicznej oraz systemem do prób wysiłkowych	TAK	
82.	Bezprzewodowe sterowanie pracą cykloergometru	TAK	
83.	Cykloergometr wyposażony w miernik automatycznego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi	TAK	
84.	Automatyczne (programowalne) lub ręczne zadawanie obciążenia	TAK, podać	
85.	Moc cykloergometru w zakresie min. 10 - 950 W	TAK, podać	
86.	Elektromagnetyczny system hamowania	TAK	
87.	Zakres obrotów w zakresie min. 30 - 160 obr./min.	TAK, podać	
88.	Obciążenie pacjenta niezależne od prędkości pedałowania w zakresie min. 30 - 160 obr./min.	TAK, podać	
89.	Masa roweru do 66 kg	TAK, podać	
90.	Pionowa regulacja siodełka	TAK	
91.	Wbudowany lub nie wbudowany czytnik kart chipowych wykorzystywany przy inicjalizacji treningu lub odczytu danych z kart chipowych NFZ	TAK, podać	
92.	Pulpit sterujący z wyświetlaczem graficznym LCD	TAK	
93.	Sygnalizacja graficzna komunikatów dla pacjenta, min.: przyspiesz (za małe obroty), zwolnij (za duże obroty), właściwe obroty	TAK, podać	
94.	Dopuszczalna masa pacjenta do 150 kg	TAK, podać	
95.	Automatyczna kalibracja systemu pomiarowego	TAK	
96.	Zasilanie 230 V, 50 Hz	TAK	
97.	Program i instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
Bieżnia rehabilitacyjna			
98.	Bezprzewodowa współpraca z wielostanowiskowym systemem rehabilitacji kardiologicznej oraz systemem do prób wysiłkowych	TAK	
99.	Bezprzewodowe sterowanie pracą bieżni	TAK	
100.	Prędkość taśmy 0 ÷ 25 km/h, regulacja prędkości co 0,5 km/h	TAK, podać	
101.	Kąt wzniesienia -5 ÷ +25%, regulacja nachylenia co 0,5%	TAK, podać	

102.	Kalibracja kąta nachylenia poprzez wbudowany inklinometr	TAK	
103.	Łagodny rozruch od 0 km/h z pełnym obciążeniem	TAK	
104.	Taśma antypoślizgowa i antystatyczna	TAK	
105.	Długość użytkowa pasa bieżni min. 1500 mm	TAK, podać	
106.	Szerokość użytkowa pasa bieżni min. 480 mm	TAK, podać	
107.	Maksymalne wymiary podstawy bieżni 2100 x 83,3 cm	TAK, podać	
108.	Dopuszczalna masa pacjenta do 200 kg	TAK, podać	
109.	Masa bieżni do 200 kg	TAK, podać	
110.	Minimum dwa systemy awaryjnych wyłączników bezpieczeństwa	TAK, podać	
111.	Panel sterowania zapewniający autonomiczną pracę bieżni	TAK	
112.	Własne sterowanie z wyświetleniem prędkości, nachylenia, czasu oraz przebytej drogi	TAK, podać	
113.	Funkcja 6-minutowego testu marszu – sterowanie prędkością pasa bieżni w zależności od tempa poruszania się pacjenta	TAK, podać	
114.	Zasilanie 230 V, 50 Hz	TAK	
115.	Program i instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
I	Wyposażenie:		
1	Instrukcja obsługi		
2.	Karta gwarancyjna		

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:

Deklarujemy dostawę przedmiotu zamówienia w terminie do tygodni od dnia zawarcia umowy.**

** W przypadku podania przez Wykonawcę krótszego lub dłuższego (niż wymagany) terminu dostawy lub nie podanie (nie wpisanie) terminu dostawy w Formularzu asortymentowo - cenowym, Zamawiający uzna, że Wykonawca oferuje najdłuższy termin dostawy, tj. 6 tygodni licząc od dnia zawarcia umowy.

UWAGA:

1.W celu identyfikacji zaoferowanego sprzętu (spośród wielu dostępnych na rynku) oraz oceny jego zgodności z zapisami określonymi w SIWZ, w ofercie należy podać nazwę producenta, model, nr katalogowy oraz parametry oferowanego sprzętu medycznego, umożliwiające jednoznaczną identyfikację oferowanego przedmiotu zamówienia.

2.Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca - wypełniając ten załącznik - oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.

3. Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treść – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treść zgodnie z wzorem określonym w SWZ warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

Miejscowość,, dnia2021r.

.....
*podpis osoby/osób upoważnionej/upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy*