

Wykonawca.....

 tel./ fax.

Samodzielny Publiczny Zespół
 Zakładów Opieki Zdrowotnej
 w Kozienicach
 Al. Wł. Sikorskiego 10
26 – 900 Kozienice

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
zadanie Nr 4 – Rejestratory Holtera RR wraz z wyposażeniem

L. p.	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jednostkowa*/ zł., gr.	Wartość netto zł., gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.
1.	Rejestratory Holtera RR wraz z wyposażeniem	kpl.	3				
RAZEM						X	

*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty ponoszone przez Zamawiającego

Cena netto /wartość/ zadania Nr 4, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymizł
 (słownie zł:).

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 4, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatek VAT zł.
 (słownie zł:).

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

WYMAGANIA TECHNICZNE

Typ /model oferowanego sprzętu :

Producent:

Kraj produkcji:.....

Rok produkcji:

OPIS TECHNICZNO-JAKOŚCIOWY ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH I OCENIANYCH

L. p.	Parametry wymagane	Jednostka/ wartość minimalna wymagana	Wartość oceniana/ punktacja	Parametr oferowany: Tak – należy potwierdzić Podać – należy opisać i podać nr strony w ofercie potwierdzającej zaoferowany parametr
Rejestratory Holtera RR wraz z wyposażeniem– 3 kpl.				
I. WYMAGANIA OGÓLNE				
1	Zakres mierzonego ciśnienia minimum: - skurczowe 60 - 260 mmHg - rozkurczowe 40 – 220 mmHg	Tak/ Podać	X	
2	Zakres mierzonego rytmu serca minimum 35-240/min	Tak/ Podać	X	
3	Okres pomiaru minimum 30 godzin lub 200 pomiarów	Tak/ Podać	X	
4	Wyposażony w kabel połączeniowy z komputerem PC, możliwość transmisji między komputerem a rejestratorem za pomocą dwóch interfejsów, RS232 oraz USB (dwa interfejsy wbudowane w rejestrator)	Tak/ Podać	X	

5	Zasilanie: max. 2 baterie typu AA lub max. 2 akumulatory typu AA	Tak	X	
6	Możliwość czyszczenia pamięci rejestratora bez używania oprogramowania	Tak/ Podać	X	
7	Do wyboru min. 3 protokoły pomiaru z uwzględnieniem fazy doby (dzień, noc) programowane bez używania oprogramowania	Tak/ Podać	X	
8	Możliwość zaprogramowania protokołu pomiaru z podziałem na min. 4 etapy godzinowe z użyciem oprogramowania	Tak/ Podać	X	
9	<p>Możliwość zaprogramowania protokołu bez użycia oprogramowania. Wybór min. 3 protokołów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faza dzienna co 15 minut, faza nocna co 30 minut • Faza dzienna co 20 minut, faza nocna co 40 minut • Faza dzienna co 30 minut, faza nocna co 60 minut <p>Gdzie faza dzienna to godziny 7:00-22:00, a faza nocna 22:00-7:00.</p>	Tak/ Podać	X	
10	Wymiary urządzenia max: (wys x szer x gł) 100 x 85 x 30mm	Tak/ Podać	X	
11	Waga urządzenia z akumulatorami max. 200g	Tak/ Podać	X	
12	Ukryty włącznik/wyłącznik rejestratora pod klapką baterii w celu wyeliminowania przypadkowego wyłączenia podczas rejestracji	Tak	X	
13	Obsługa maksymalnie dwuprzyciskowa	Tak	X	
14	Wyświetlacz pokazujący godzinę w trakcie trwania rejestracji, z możliwością podglądu ostatnio wykonanego pomiaru (ciśnienie skurczowe, rozkurczowe, częstość pracy serca)	Tak	X	
15	Możliwość ręcznego uruchomienia dodatkowego pomiaru przez pacjenta, poza automatycznie zaprogramowaną sekwencją	Tak	X	
16	Możliwość natychmiastowego wypompowania mankietu w sytuacji awaryjnej	Tak	X	
17	Wyświetlanie informacji o zaprogramowanym protokole	Tak	X	
18	Wyświetlanie informacji na wyświetlaczu o istniejącym w pamięci rejestratora pomiarze	Tak	X	
19	Sygnał dźwiękowy umożliwiający poinformowanie pacjenta o rozpoczęciu pomiaru.	Tak	X	

20	Na wyposażeniu: <ul style="list-style-type: none"> • mankiet dla dorosłych (dla osób o obwodzie ramienia 24-32cm, 14cm szerokości), • ładowarka do akumulatorów, • 4 akumulatory AA, • etui z pasem, • walizka transportowa • instrukcja obsługi w języku polskim 	Tak/ Podać	X	
----	---	------------	---	--

II. OPROGRAMOWANIE

1	Po podłączeniu rejestratora do komputera możliwość podglądu zaprogramowanego protokołu oraz podglądu czy w rejestratorze znajdują się dane pomiarowe	Tak/ Podać	X	
2	Możliwość opracowania indywidualnego protokołu z podziałem na min. 4 fazy (wybierane przez użytkownika) w przeciągu doby	Tak/ Podać	X	
3	Możliwość określenia/zmian przedziałów godzinowych: <ul style="list-style-type: none"> • Dienne • Nocne • Przebudzenia 	Tak/ Podać	X	
4	Osobne statystyki dotyczące godzin dziennych, nocnych i przebudzenia	Tak/ Podać	X	
5	Oprogramowanie umożliwiające analizę danych: trendy godzinowe, średnie	Tak/ Podać	X	
6	Możliwość ręcznego wykluczenia błędnych pomiarów z analizy	Tak/ Podać	X	
7	Możliwość wpisywania komentarzy do poszczególnych pomiarów	Tak/ Podać	X	
8	Zestawienia graficzne i tabelaryczne	Tak	X	
9	Wyraźne oznakowanie pomiarów wykonywanych automatycznie wg zaprogramowanego protokołu oraz pomiarów wykonywanych ręcznie	Tak	X	
10	Możliwość edycji danych o pacjencie	Tak	X	
11	Wpisywanie danych o personelu medycznym	Tak	X	
12	Wpisywanie danych o lekach pobieranych przez pacjenta (min. 5 pozycji)	Tak	X	

13	Możliwość generowania i edytowania opisu badania	Tak	X	
14	Możliwość rozbudowy bazy danych standardowych opisów diagnostycznych, np. prawidłowy profil ciśnienia, neuropatia cukrzycowa itp.	Tak/ Podać	X	
15	Drukowanie raportów z możliwością dołączenia/wykluczenia z raportu następujących danych: <ul style="list-style-type: none"> • Prezentacja tabelaryczna • Średnie godzinowe • Podsumowanie statystyk • Fazy 	Tak	X	
16	Raport końcowy zawierający następujące informacje: <ul style="list-style-type: none"> • Łączny czas rejestracji • Średnia ciśnienia z 24 godzin • Średnia ciśnienia z godzin dziennych/nocnych • Różnica ciśnień pomiędzy godzinami dziennymi i nocnymi • Ilość ważnych pomiarów • Procentowa ilość pomiarów przekraczających ustalone normy ciśnienia 	Tak	X	
17	Baza danych pacjentów	Tak	X	
18	Możliwość zobaczenia wyników poprzedniego badania pacjenta	Tak	X	
19	Pełna współpraca z posiadanym przez szpital system CardioSoft	Tak/ Podać	X	
Gwarancja i serwis				
1	Okres gwarancji (24 m-ce, 36 m-cy, 48 m-cy – podać zaoferowany okres) – parametr podlegający ocenie	Tak/ Podać	x	
2	Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania w okresie gwarancyjnym w celu zapewnienia sprawnej pracy sprzętu w okresie 1 roku. Koszt przeglądów w okresie gwarancji pokrywa Wykonawca.	Tak/Podać	x	
3	Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy sprzętu w okresie 1 roku	Tak/Podać	x	
4	Autoryzowany serwis na terenie kraju (podać kompletne dane teleadresowe) odpowiedzialny za dokonywanie napraw gwarancyjnych	Tak/ Podać	x	

	i okresowych przeglądów w okresie gwarancji.			
5	Autoryzowany serwis na terenie kraju (podać kompletne dane teleadresowe) odpowiedzialny za dokonywanie napraw pogwarancyjnych i okresowych przeglądów w okresie pogwarancyjnym.	Tak/ Podać	x	
6	Świadectwo CE i Deklaracja Zgodności dla aparatu wraz z tłumaczeniem na język polski	Tak	x	
7	Dokumentacja: instrukcja obsługi w języku polskim	Tak	x	
8	Szkolenie personelu medycznego w miejscu instalacji aparatu w zakresie obsługi aparatu i prowadzenia badań.	Tak	x	
9	Szkolenie personelu technicznego w zakresie: budowa i kontrola systemu, diagnostyka uszkodzeń w zakresie podstawowym, konserwacja systemu.	Tak	x	

1. Wymienione parametry i opisy są warunkami minimalnymi, w przypadku zaoferowania przez Wykonawcę wyższych parametrów należy wpisać ich wartości.
2. Wykonawca oświadcza, że oferowany sprzęt jest urządzeniem nowym, nie używanym, nie był przedmiotem wystaw i prezentacji, a po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będzie służył zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych nakładów ze strony Zamawiającego.
3. Oferowane wyposażenie jest w pełni kompatybilne ze sprzętem.
4. Nie spełnienie wymaganych powyżej parametrów minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy