

Wykonawca.....

 tel./ fax.

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

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
zadanie Nr 13 – Aparat KTG do ciąży mnogiej wraz z wyposażeniem

L. p.	Przedmiot zamówienia	J. m.	Ilość	Cena jednostkowa*/ zł., gr.	Wartość netto zł., gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.
1.	Aparat KTG do ciąży mnogiej wraz z wyposażeniem	kpl.	1				
RAZEM						X	

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

Cena netto /wartość/ zadania Nr 13, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymizł
 (słownie zł:).

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 13, 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
Aparat KTG do ciąży mnogiej wraz z wyposażeniem – 1kpl.				
1	Kolorowy ekran dotykowy TFT pochylany o przekątnej 6-7 cali	Tak/ Podać	X	
2	Obsługa urządzenia wyłącznie przez ekran dotykowy	Tak	X	
3	Metoda pomiarowa Cardio Ultradźwiękowy Doppler pulsacyjny	Tak	X	
4	Zakres pomiarowy US 50 ÷ 240 bpm	Tak/ Podać	X	
5	Nieinwazyjne monitorowanie i rejestracja czynności serca płodu	Tak	X	
6	Częstotliwość pracy sygnału ultradźwiękowego $\leq 1,2$ MHz	Tak/ Podać	X	
7	Częstość powtarzania 3 kHz	Tak/ Podać	X	
8	Wartość natężenie emitowanej fali US - I_{ob} powinna być ≤ 3 mW/cm ²	Tak/ Podać	X	

9	Monitorowanie tętna matki (MHR)	Tak	X	
10	Monitorowanie ciąży bliźniaczej	Tak	X	
11	Możliwość rozbudowy o monitorowanie ciąży trójacznej	Tak	X	
12	Funkcja separacji nakładających się krzywych FHR (dotyczy monitorowania bliźniaków)	Tak	X	
13	Ostrzeganie w przypadku monitorowania jednego płodu za pomocą obu głowic US (dotyczy monitorowania bliźniaków)	Tak	X	
14	Ostrzeganie w przypadku monitorowania tętna matki za pomocą głowicy US Weryfikacja międzykanałowa.	Tak	X	
15	Na wyposażeniu monitora: <ul style="list-style-type: none"> • głowica Toco - 1 szt. • głowica US – 2 szt. • ręczny marker ruchów płodu 	Tak/ Podać	X	
16	Jednakowe gniazda przetworników (głowic). Automatyczne rozpoznawanie podpiętego przetwornika	Tak	X	
17	Możliwość przenoszenia głowic pomiędzy aparatami tego modelu.	Tak	X	
18	Wodoszczelność przetworników (głowic) IP68	Tak	X	
19	Automatyczne wykrywanie ruchów płodu	Tak	X	
20	Zakres sygnału Toco Minimum 0÷100	Tak/ Podać	X	
21	Ustawienie linii podstawowej Toco 20 jednostek	Tak/ Podać	X	
22	Przetworniki Cardio i Toco posiadające identyfikację w postaci optycznego elementu sygnałowego (dioda led)	Tak	X	
23	Graficzny rejestrator termiczny wbudowany w urządzenie	Tak	X	
24	Standardowe prędkości przesuwania papieru 1,2 i 3 [cm/min]	Tak/Podać	X	
25	Wyższa prędkość wydruku zapisów archiwalnych >30cm/min	Tak/ Podać	X	
26	Szerokość papieru 150mm, użyteczna szerokość wydruku 128mm	Tak/ Podać	X	

27	Wprowadzanie notatek tekstowych	Tak	X	
28	Wydruk badania dodatkowo zawiera: <ul style="list-style-type: none"> • Imię i nazwisko pacjentki • Godzina, minuta, sekunda, data • Prędkość wydruku 	Tak/ Podać	X	
29	Alarm końca papieru	Tak/ Podać	X	
30	Możliwość wyboru mocowania kardiogramu: <ul style="list-style-type: none"> • Na wózku z blokadą kół 	Tak/ Podać	X	
31	Mocowanie aparatu na ścianie lub łóżku pacjentki.	Tak	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 i okresowych przeglądów w okresie gwarancji.	Tak/ Podać	x	
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/ Podać	x	
7	Dokumentacja: instrukcja obsługi w języku polskim	Tak/ Podać	x	

8	Szkolenie pracowników w miejscu instalacji sprzętu w zakresie instrukcji obsługi.	Tak/ Podać	x	
9	Szkolenie personelu technicznego w zakresie: budowa i kontrola systemu, diagnostyka uszkodzeń w zakresie podstawowym, konserwacja systemu.	Tak/ Podać	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