

Wykonawca.....

.....

.....

.....

tel./ fax.

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

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
zadanie Nr 5 – Aparat EKG 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 EKG wraz z wyposażeniem	kpl.	1				
RAZEM						X	

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

Cena netto /wartość/ zadania Nr 5, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymizł
(słownie zł:).

Cena brutto /wartość/ zadania Nr 5, 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 EKG wraz z wyposażeniem - 1 kpl.				
1	Jednoczesny zapis z 12 odprowadzeń	Tak/ Podać	X	
2	Raporty w min. 6 formatach: 3x4, 3x4 1R, 3x4 3R, 3x4 1R ST, 6x2, 12x1	Tak/ Podać	X	
3	Korekcja odstępu QT	Tak/ Podać	X	
4	Algorytm do interpretacji zapisu EKG, wbudowane opisy interpretacyjne	Tak/ Podać	X	
5	Zintegrowana analiza pediatryczna	Tak/ Podać	X	
6	Analiza morfologii rytmu dla każdego z 12 odprowadzeń – min. 40 pomiarów	Tak/ Podać	X	
7	Analizy rytmu – min. 15 pomiarów	Tak/ Podać	X	

8	Pamięć wewnętrzna – min. 150 zapisów EKG	Tak/ Podać	X	
9	Anatomiczna mapa odprowadzeń prezentująca miejsca i etykiety nieprawidłowo podłączonych lub odłączonych odprowadzeń/elektrod	Tak/ Podać	X	
10	Funkcja oznaczania jakości sygnału z poszczególnych za pomocą różnych kolorów	Tak/ Podać	X	
11	Oprogramowanie do kontroli umiejscowienia odprowadzeń wykrywające min. 20 różnych zmian umiejscowienia	Tak/ Podać	X	
12	Stałe wyświetlanie częstości rytmu serca pacjenta	Tak/ Podać	X	
13	Zintegrowane graficzne ekrany pomocy dla podstawowych funkcji	Tak/ Podać	X	
14	Wbudowana interaktywna animacja prezentująca główne funkcje kliniczne	Tak/ Podać	X	
15	Zasilanie sieciowe 230V/50Hz	Tak/ Podać	X	
16	Zasilanie akumulatorowe, akumulator litowo-jonowy, umożliwiający wykonanie min. 30 zapisów EKG lub min. 30 minut ciągłej rejestracji rytmu	Tak/ Podać	X	
17	Zabezpieczenie przed awarią zasilania podczas drukowania zapisów EKG	Tak/ Podać	X	
18	Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 6,5” i rozdzielczości min. 640x480	Tak/ Podać	X	
19	Klawiatura alfanumeryczna	Tak/ Podać	X	
20	Obsługa znaków specjalnych	Tak/ Podać	X	
21	Drukarka na papier termiczny	Tak/ Podać	X	
22	Papier termiczny, składanka, w zestawie min. 2 rzyzy papieru termicznego, szerokość papieru 210 mm	Tak/ Podać	X	
23	Możliwość rozbudowy o bezprzewodową łączność LAN zgodnie ze standardem 802.11a/g/i	Tak/ Podać	X	
24	Możliwość rozbudowy o czytnik kart magnetycznych	Tak/ Podać	X	
25	Możliwość rozbudowy o czytnik kodów	Tak/ Podać	X	

	kreskowych			
26	Do aparatu EKG dedykowany stabilny wózek jezdny	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 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