**Część 5**

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Pozycja 1. Holter RR – 10 szt.**

**Tabela wyceny:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot:  **Holter RR** | | | **Cena brutto (w zł)** |
| **A:** Cena brutto sprzętu wraz z dostawą | Ilość sztuk sprzętu: | Cena jednostkowa brutto wraz z dostawą (zł): |  |
| **10** |  |
| **B:** Cena brutto instalacji i uruchomienia sprzętu | | |  |
| **C:** Cena brutto szkoleń | | |  |
| **A+B+C:** Cena brutto oferty | | |  |

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2019), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* Gdziekolwiek w Opisie przedmiotu zamówienia przywołane są normy lub nazwy własne lub znaki towarowe lub patenty lub pochodzenie, źródło lub szczególny proces, który charakteryzuje produkty dostarczane przez konkretnego Wykonawcę, Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne.

Nazwa i typ: .............................................................

Producent / kraj produkcji: ........................................................

Rok produkcji (min. 2019): …..............

Klasa wyrobu medycznego (jeżeli dotyczy): ..................

**Parametry techniczne i eksploatacyjne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **OCENA PKT.** |
|  | Urządzenie do całodobowego nieinwazyjnego monitorowania ciśnienia tętniczego krwi wraz ze stacją z oprogramowaniem analizującym zapisy | TAK, podać |  | - - - |
|  | Rejestrator RR kompatybilny z oprogramowaniem zainstalowanym na dostarczonej stacji opisowej | TAK, podać |  | - - - |
|  | Oscylometryczna metoda pomiaru z automatyczną kalibracją objętości mankietu z filtrem artefaktów i czynności oddechowej, zapewniająca powtarzalne i wiarygodne wyniki, potwierdzone walidacją wg. BHS w klasie AA i nowymi protokołami ESH IP 2010 oraz ANSI/AAMI/ISO 81060-2:2009, w tym walidacja dla dzieci od lat 3. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Pomiar ciśnienia skurczowego w zakresie min. 60 – 250 mmHg | TAK, podać |  | Zakres wymagany – 0 pkt.;  Zakres większy niż wymagany – 2 pkt. |
|  | Pomiar ciśnienia rozkurczowego w zakresie min. 50 – 200 mmHg | TAK, podać |  | Zakres wymagany – 0 pkt.;  Zakres większy niż wymagany – 2 pkt. |
|  | Ustawiane programowe min. 2 niezależne okresy pomiarowe w ciągu doby i możliwość ustawiania w każdym z nich odstępów między pomiarami w zakresie co 6-120minut. | TAK, podać |  | 2 niezależne okresy pomiarowe – 5 pkt.;  > 2 niezależnych okresów pomiarowych – 10 pkt. |
|  | Dokładny tryb pomiarowy zapewniający maksymalny błąd pomiaru w całym zakresie pomiarowym max. ±5 mmHg. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Adaptacyjne pompowanie mankietu pomiarowego, uzależnione od bieżących wyników pomiarów w czasie badania. | TAK/NIE, podać |  | TAK – 5 pkt.;  NIE – 0 pkt. |
|  | Algorytm rozpoznawania artefaktów pomiarowych. | TAK/NIE, podać |  | TAK – 5 pkt.;  NIE – 0 pkt. |
|  | Wyświetlacz rejestratora min. 2”kolorowy pokazujący wyniki pomiaru, menu i kody błędów. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Przycisk pacjenta zapewniający dodatkowy pomiar ciśnienia ,,na żądanie” lub przerwanie pomiaru automatycznego. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Mechanizmy bezpieczeństwa pomiarów, maksymalne ciśnienie w mankiecie max. 280 mmHg. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Liczba pomiarów min. 200 | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.;  Wartość większa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Pamięć pomiarów min. 400 | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.;  Wartość większa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Zasilanie z max. 2 baterii typu AA | TAK, podać |  | - - - |
|  | Waga z bateriami max. 350 g | TAK, podać |  | - - - |
|  | Mankiety pomiarowe w zestawie rejestratora w zakresie min.: 24-32 cm | TAK, podać |  | - - - |
|  | Programowe ograniczenie maksymalnego czasu pomiaru do 180 sek. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Przewód komunikacyjny USB. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Na wyposażeniu rejestratorów stacja z oprogramowaniem umożliwiającym analizę zapisów | TAK, podać |  | - - - |

**Część 5**

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Pozycja 2. Holter EKG – 10 szt.**

**Tabela wyceny:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot:  **Holter EKG** | | | **Cena brutto (w zł)** |
| **A:** Cena brutto sprzętu wraz z dostawą | Ilość sztuk sprzętu: | Cena jednostkowa brutto wraz z dostawą (zł): |  |
| **10** |  |
| **B:** Cena brutto instalacji i uruchomienia sprzętu | | |  |
| **C:** Cena brutto szkoleń | | |  |
| **A+B+C:** Cena brutto oferty | | |  |

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2019), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* Gdziekolwiek w Opisie przedmiotu zamówienia przywołane są normy lub nazwy własne lub znaki towarowe lub patenty lub pochodzenie, źródło lub szczególny proces, który charakteryzuje produkty dostarczane przez konkretnego Wykonawcę, Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne.

Nazwa i typ: .............................................................

Producent / kraj produkcji: ........................................................

Rok produkcji (min. 2019): …..............

Klasa wyrobu medycznego (jeżeli dotyczy): ..................

**Parametry techniczne i eksploatacyjne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **OCENA PKT.** |
|  | 3/5-kanałowy (8 szt.) lub 12-kanałowy (2 szt.), cyfrowy rejestrator EKG zasilany przez 1 baterię AAA lub AA | TAK, podać |  | - - - |
|  | Zapis badania na wymiennej karcie | TAK, podać |  | - - - |
|  | Analiza zapisu EKG w trybie prospektywnym i retrospektywnym | TAK, podać |  | - - - |
|  | Analiza arytmii pochodzenia komorowego i nadkomorowego | TAK, podać |  | - - - |
|  | Możliwość wykrywania, przeglądania, tworzenia ilościowych raportów w zakresie oceny: VE, S`SVE, P`SVT, Pauz, IRR VT, IVR, Tachy, Brady, Salwa, Bigeminia, Trigeminia, Pary, R na T, uniesienia i obniżenia ST, Epizody ST, Max, Min, oraz Średni Rytm Serca, procentowy udział artefaktów w zapisie | TAK, podać |  | - - - |
|  | Detekcja impulsów stymulatora serca | TAK, podać |  | - - - |
|  | Waga kompletnego i gotowego do pracy urządzenia poniżej 200 g | TAK, podać |  | - - - |
|  | Wymienny przewód pacjenta | TAK, podać |  | - - - |
|  | Sygnalizacja niewystarczającego poziomu zasilania przed uruchomieniem rejestracji | TAK/NIE, podać |  | TAK – 2 pkt.;  NIE – 0 pkt. |
|  | Podgląd wszystkich rejestrowanych kanałów EKG oraz detekcji impulsów stymulatora bezpośrednio na rejestratorze | TAK/NIE, podać |  | TAK – 7 pkt.;  NIE – 0 pkt. |
|  | Programowanie nośnika danych danymi pacjenta i badania przy użyciu wbudowanej funkcji dyktafonu lub za pomocą oprogramowania | TAK, podać |  | - - - |
|  | Interfejs użytkownika i komunikaty menu w języku polskim. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Rejestrator holterowski EKG - tryb standardowy według punktów 14-17 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Rejestracja w trybie 3-kanałowym, w sposób ciągły bez kompresji min. 48 godzin | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.;  Wartość większa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Częstotliwość próbkowania na kanał min.1000 Hz | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.;  Wartość większa niż wymagana – 1 pkt. |
|  | Rozdzielczość amplitudowa sygnału min. 12 bitów | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.;  Wartość większa niż wymagana – 1 pkt. |
|  | Rejestracja 3 kanałów EKG z 3 elektrod | TAK, podać |  | - - - |
|  | Rejestrator holterowski EKG - tryb przedłużony według punktów 19-21 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Rejestracja w trybie min. 2 kanałowym, w sposób ciągły do 7 dni | TAK, podać |  | - - - |
|  | Częstotliwość próbkowania na kanał min. 250 Hz | TAK, podać |  | - - - |
|  | Rozdzielczość amplitudowa sygnału min. 10 bitów | TAK, podać |  | - - - |
|  | Rejestracja w trybie 12 kanałowym do 24 godzin według punktów 23-25 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Częstotliwość próbkowania na kanał min. 3000 Hz | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.;  Wartość większa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Rozdzielczość amplitudowa sygnału min. 12 bitów | TAK, podać |  | - - - |
|  | Rejestracja 12 kanałów EKG z 10 elektrod | TAK, podać |  | - - - |
|  | Na wyposażeniu 2 szt. przewodów do zapisu 3 kanałowego dla każdego rejestratora. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Na wyposażeniu przewody do zapisu 12 kanałowego – 6 szt. dla wszystkich rejestratorów | TAK, podać |  | - - - |
|  | Analizator holterowski EKG według punktów 29-25 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Automatyczna dokładna analiza arytmii | TAK, podać |  | - - - |
|  | Automatyczne rozpoznawanie, z możliwością klasyfikacji wszystkich podstawowych typów morfologii (dominującej, komorowej, nadkomorowej, wystymulowanej) | TAK, podać |  | - - - |
|  | Automatyczne rozpoznawanie, z możliwością usuwania oraz wstawiania własnych, podstawowych typów arytmii, w tym częstoskurczów komorowych i nadkomorowych, wolnych rytmów komorowych, bigeminii i trigeminii oraz bradykardii, pauz i przerw w rytmie typu 2RR | TAK, podać |  | - - - |
|  | Automatyczna detekcja migotania przedsionków z możliwością ręcznego oznaczania epizodów migotania i informacją o łącznym procencie migotania w analizowanym zapisie | TAK, podać |  | - - - |
|  | Automatyczna klasyfikacja pobudzeń wystymulowanych z podziałem na stymulację przedsionków, komór oraz dwujamową | TAK, podać |  | - - - |
|  | Jednorazowa łączna ocena, analiza i raportowanie do 3 lub 7 dni EKG | TAK, podać |  | do 3 dni - 2 pkt.;  do 7 dni - 10 pkt. |
|  | Korekcja detekcji i rozpoznawania morfologii w zakresie progu detekcji pobudzeń, możliwość wyboru dowolnej konfiguracji kanałów do analizy | TAK, podać |  | - - - |
|  | Automatyczna detekcja arytmii w postaci pobudzeń przedwczesnych (nadkomorowych i komorowych) oraz zastępczych (nadkomorowych i komorowych), z możliwością wyłączenia rozpoznawania przez algorytm automatyczny | TAK, podać |  | - - - |
|  | Synchroniczna praca z zapisem EKG na dwóch monitorach, z jednoczesną prezentacją zapisu do edycji (jeden monitor) oraz kontekstem zapisu w postaci trendu HR, strony zapisu lub podsumowania badania do raportu (drugi monitor) | TAK/NIE, podać |  | TAK – 8 pkt.;  NIE – 0 pkt. |
|  | Prezentacja rodzajów morfologii w postaci grup oraz pojedynczych pobudzeń, z możliwością oceny dokładności klasyfikacji w trybie nakładania statycznego i kontekstem zapisu ekg (synchronicznie na dodatkowym monitorze) | TAK, podać |  | - - - |
|  | Tworzenie raportów w oparciu o szablony | TAK, podać |  | - - - |
|  | Podgląd raportu przed wydrukiem | TAK, podać |  | - - - |
|  | Wybór dowolnych kanałów do automatycznej analizy arytmii | TAK, podać |  | - - - |
|  | Pomiary dla wybranego fragmentu EKG oraz funkcja jednoczesnego przymiaru rytmu dla edytowanego zapisu EKG | TAK, podać |  | - - - |
|  | Automatyczna detekcja migotania przedsionków z oznaczeniem kolorem oraz możliwością edycji | TAK/NIE, podać |  | TAK – 6 pkt.;  NIE – 0 pkt. |
|  | Na wyposażeniu stanowisko komputerowe z dwoma monitorami i drukarka do obsługi analizatora i rejestratorów | TAK, podać |  | - - - |

**Część 5**

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Pozycja 3. Bieżnia ruchoma do prób wysiłkowych – 1 szt.**

**Tabela wyceny:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot:  **Bieżnia ruchoma do prób wysiłkowych** | | | **Cena brutto (w zł)** |
| **A:** Cena brutto sprzętu wraz z dostawą | Ilość sztuk sprzętu: | Cena jednostkowa brutto wraz z dostawą (zł): |  |
| **1** |  |
| **B:** Cena brutto instalacji i uruchomienia sprzętu | | |  |
| **C:** Cena brutto szkoleń | | |  |
| **A+B+C:** Cena brutto oferty | | |  |

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2019), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* Gdziekolwiek w Opisie przedmiotu zamówienia przywołane są normy lub nazwy własne lub znaki towarowe lub patenty lub pochodzenie, źródło lub szczególny proces, który charakteryzuje produkty dostarczane przez konkretnego Wykonawcę, Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne.

Nazwa i typ: .............................................................

Producent / kraj produkcji: ........................................................

Rok produkcji (min. 2019): …..............

Klasa wyrobu medycznego (jeżeli dotyczy): ..................

**Parametry techniczne i eksploatacyjne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **OCENA PKT.** |
|  | System do wykonywania prób wysiłkowych z bieżnią i kompatybilny z rowerem (ergometrem) do prób wysiłkowych | TAK, podać |  | - - - |
|  | Bieżnia wg punktów 3-11 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Zakres prędkości pasa [km/h] min.: 0,8 do 24 | TAK, podać |  | Zakres wymagany – 0 pkt.;  Zakres większy niż wymagany – 2 pkt. |
|  | Zakres kąta uniesienia pasa [%] min.: 0 do 25 | TAK, podać |  | Zakres wymagany – 0 pkt.;  Zakres większy niż wymagany – 2 pkt. |
|  | Dokładność regulacji kąta uniesienia [%] max: 1 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Długość części użytkowej pasa [mm] min.: 1200 | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.;  Wartość większa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Szerokość części użytkowej pasa [mm] min.: 500 | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.;  Wartość większa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Szerokość nieruchomego pola spoczynkowego [mm] min.: 100 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Nośność bieżni min. 200 kg | TAK, podać |  | > 220 kg – 5 pkt.;  200 - 220 kg – 0 pkt. |
|  | Reling, bez podparcia relingów bocznych od strony wejścia pacjenta na bieżnię, zapewniający łatwy dostęp w sytuacjach nagłych | TAK, podać |  | - - - |
|  | Wyłącznik awaryjny bieżni zamocowany na relingu | TAK, podać |  | - - - |
|  | Pomiar EKG 12 kanałów (10 elektrod) wg punktów 13-21 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Możliwość integracji z innymi systemami EKG, a także z systemami informacji medycznej HIS/EMR (BDT/GDT oraz HL7). | TAK, podać |  | - - - |
|  | Wykonywanie spoczynkowych badań EKG z automatycznymi pomiarami i interpretacją | TAK, podać |  | - - - |
|  | Zakres amplitudowy min. +/- 300 mV | TAK, podać |  | - - - |
|  | Waga modułu EKG max 300 g | TAK, podać |  | - - - |
|  | Zasilanie max. 2x AA lub AAA | TAK, podać |  | - - - |
|  | Komunikacja min. bluetooth 2.0 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Detekcja stymulatora cyfrowa na wszystkich kanałach | TAK, podać |  | - - - |
|  | Rozdzielczość amplitudowa max. 10 μV | TAK, podać |  | - - - |
|  | Częstotliwość próbkowania min. 8000 Hz / kanał | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.;  Wartość większa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Pasmo przenoszenia DC - 150 Hz (+/-10%) | TAK, podać |  | - - - |
|  | Filtracja EKG 50/60 Hz, EMG, stabilizacja linii izoelektrycznej | TAK, podać |  | - - - |
|  | Prędkość przesuwu min.: 10, 25, 50, 100, 200 mm/s. Wzmocnienie min.: 5, 10, 20 mm/mV | TAK, podać |  | - - - |
|  | Rozpoznawanie arytmii ektopia komorowa, pary, bigeminia, VT, SVT, pauzy | TAK, podać |  | - - - |
|  | Układy odprowadzeń programowane | TAK/NIE, podać |  | TAK – 5 pkt.;  NIE – 0 pkt. |
|  | Mediany: do min. 10 nałożone na medianę referencyjną | TAK, podać |  | - - - |
|  | Wydruk EKG wydruk bieżący na drukarce | TAK, podać |  | - - - |
|  | Komputer – stacja z drukarką do obsługi próby wysiłkowej | TAK, podać |  | - - - |

**Część 5**

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Pozycja 4. Rower do prób wysiłkowych – 1 szt.**

**Tabela wyceny:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot:  **Rower do prób wysiłkowych** | | | **Cena brutto (w zł)** |
| **A:** Cena brutto sprzętu wraz z dostawą | Ilość sztuk sprzętu: | Cena jednostkowa brutto wraz z dostawą (zł): |  |
| **1** |  |
| **B:** Cena brutto instalacji i uruchomienia sprzętu | | |  |
| **C:** Cena brutto szkoleń | | |  |
| **A+B+C:** Cena brutto oferty | | |  |

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2019), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* Gdziekolwiek w Opisie przedmiotu zamówienia przywołane są normy lub nazwy własne lub znaki towarowe lub patenty lub pochodzenie, źródło lub szczególny proces, który charakteryzuje produkty dostarczane przez konkretnego Wykonawcę, Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne.

Nazwa i typ: .............................................................

Producent / kraj produkcji: ........................................................

Rok produkcji (min. 2019): …..............

Klasa wyrobu medycznego (jeżeli dotyczy): ..................

**Parametry techniczne i eksploatacyjne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **OCENA PKT.** |
| 1. | Ergometr rowerowy stosowany przy próbach wysiłkowych | TAK, podać |  | - - - |
| 2. | Regulowana wysokość siodełka i pochylenie kierownicy | TAK, podać |  | - - - |
| 3. | Sterowanie ręczne lub z wykorzystaniem systemu do prób wysiłkowych | TAK, podać |  | - - - |
| 4. | Kontrola przebiegu badania lub treningu wyświetlana na wyświetlaczu LCD (min. obrotów pedałów, prędkości, czasu badania, tętna) | TAK, podać |  | - - - |
| 5. | System hamowania sterowany mikroprocesorem | TAK, podać |  | - - - |

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

**DOTYCZY POZYCJI 1, 2, 3, 4**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | PARAMETR | **PARAMETR WYMAGANY** | **Parametr oferowany** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy)[liczba miesięcy]  *UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji.* ***Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie okres 5 lat (60 miesięcy)****.* | => 24 |  | Najdłuższy okres – 30 pkt.;  Inne – proporcjonalnie mniej względem najdłuższego okresu. |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat (peryferyjny sprzęt komputerowy – min. 5 lat – dopuszcza się wymianę na sprzęt lepszy od zaoferowanego) | TAK |  | - - - |
|  | W przypadku, gdy w ramach gwarancji następuje wymiana sprzętu na nowy/dokonuje się istotnych napraw sprzętu/wymienia się istotne części sprzętu (podzespołu itp.) termin gwarancji biegnie na nowo. W przypadku zaś  innych napraw przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać z w pełni sprawnego sprzętu | TAK |  | - - - |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Zdalna diagnostyka przez chronione łącze z możliwością rejestracji i odczytu online rejestrów błędów, oraz monitorowaniem systemu(uwaga – całość ewentualnych prac i wyposażenia sprzętowego, które będzie służyło tej funkcjonalności po stronie wykonawcy) | Podać |  | TAK – 3 pkt.;  NIE – 0 pkt. |
|  | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta).  Obowiązkowy bezpłatny przegląd z końcem biegu gwarancji | TAK |  | - - - |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym ponowne podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego | TAK |  | - - - |
|  | Czas reakcji (dotyczy także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =< 48 [godz.] | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok | TAK |  | - - - |
|  | Wymiana każdego podzespołu na nowy po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | TAK |  | - - - |
|  | Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 10dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii. | TAK |  | - - - |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji (np. przez posiadanie odpowiedniej struktury inżynierów serwisowych) lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji (np. przez posiadanie umowy z jednostkami realizującymi usługi serwisowe) – należy podać wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności) | TAK |  | - - - |
|  | Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | TAK |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** | TAK |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min. 10 osób z możliwością podziału i szkolenia w mniejszych podgrupach) w momencie jego instalacji i odbioru; w razie potrzeby Zamawiającego, możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6 -ciu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | TAK |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego (min. 2 osoby) z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, diagnostycznych i przeglądowych; w razie potrzeby możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6-iu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | TAK |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu informatycznego umożliwiania zdalnej diagnostyki, wymagań konferencyjnych, wpięcia urządzenia w system gromadzenia dokumentacji medycznej szpitala, diagnostyki i konfiguracji (min. 2 osoby) | TAK |  | - - - |
|  | Liczba i okres szkoleń:   * pierwsze szkolenie - tuż po instalacji systemu, w wymiarze do 2 dni roboczych * dodatkowe, w razie potrzeby, w innym terminie ustalonym z kierownikiem pracowni,   Uwaga – szkolenia dodatkowe dla wszystkich grup w co najmniej takiej samej liczbie osób jak podano w powyższych punktach | TAK |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** | TAK |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza) – dotyczy także urządzeń peryferyjnych | TAK |  | - - - |
|  | Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji | TAK |  | - - - |
|  | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie)  UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta | TAK |  | - - - |
|  | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują) | TAK |  | - - - |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy), dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące.  *UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.* | TAK |  | - - - |