**Znak sprawy: EZ/10/2026/SL**

**Załącznik nr 2.7 do SWZ**

*(Załącznik nr ………. do umowy)*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-FUNKCJONALNYCH**

**Pakiet nr 7- Urządzenie do pomiaru zwiotczenia mięśniowego – 1 kpl**

**Rok produkcji : /sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2025**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
|  | nazwa produktu | podać |  |
|  | model/typ | podać |  |
|  | Producent | podać |  |
|  | Urządzenie pozwalające na nieinwazyjną ocenę̨ współczynnika zwiotczenia mięśniowego (NMT) wraz z kompletem okablowania i niezbędnymi akcesoriami | TAK |  |
|  | Urządzenie wyposażone w min.: monitor NMT, kabel z czujnikiem wielorazowego użytku na palec, zasilacz, uchwyt do zamocowania monitora, uchwyt na kabel czujnika | TAK |  |
|  | Zakres regulacji prądu stymulacji min. 20– 60 mA (± 10%) | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlacz informujący min. o aktualnym trybie pracy, wybranym prądzie stymulacji, impedancji elektrod i stanie podłączenia akcelerometru | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe, z informacją na wyświetlaczu o stanie naładowania akumulatora, czas zasilania z akumulatora min. 20 dni, przy 10 pomiarach dziennie | TAK |  |
|  | Urządzenie nie wymagające kalibracji | TAK |  |
|  | Możliwość doposażenia w czujnik brwiowy i na paluch | TAK |  |
|  | Tryby stymulacji w monitorowaniu NMT:   * TOF - ciągiem czterech impulsów, * TOF automatyczny (przedziały 15 s, 30 s, 1 min., 2 min., 5 min., 15 min.) * PTC - liczba potężcowa * ATP - TOF automatyczny - PTC * DBS - salwa dwóch impulsów (3.3, 3.2) * ST - pojedynczy skurcz   Tetanus (50 Hz) - tężcowy | TAK, podać |  |
|  | Pomiary (akcelerometria 3D):   * Tryb TOF: T4 / T1 * Tryb TOF: T4 / Tref * Tryb TOF: liczba odpowiedzi * Tryb PTC: liczba odpowiedzi   Tryb DBS: liczba odpowiedzi | TAK, podać |  |
| **Pozostałe:** | | | |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK | ***Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym.*** *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w SWZ.* |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć wraz z dostawą urządzenia) | TAK |  |
|  | Karta gwarancyjna (załączyć wraz z dostawą urządzenia) | TAK |  |
|  | Szkolenie w zakresie obsługi aparatu w siedzibie Zamawiającego. | TAK |  |
|  | Przedmiot umowy jest **wyrobem medycznym** wrozumieniu **ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych** (Dz.U. 2024 poz. 1620) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych.  W przypadku, gdy **komponenty, akcesoria lub elementy zestawu** nie stanowią wyrobu medycznego w rozumieniu ww. ustawy, **Wykonawca zobowiązany jest do przedłożenia stosownego oświadczenia** wskazując, **które elementy nie są wyrobami medycznymi** | TAK | *Szczegółową kalkulację cenową dotyczącą wyrobów niemedycznych Wykonawca winien podać w formie odrębnej tabeli stanowiącej załącznik do formularza ofertowego* |

**Parametry wymagane zaznaczone „TAK” stanowią parametry graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji przedmiotu zamówienia.**

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty dokumentach przedmiotowych wraz z tłumaczeniem na język polski.**

Serwis gwarancyjny prowadzi…………………..………..…………………..…....... (uzupełnić)

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.