

**Załącznik nr 1.1 do SWZ**

**Gabinetu EKG i Spirometria**

**Pakiet nr 3**

Dotyczy przetargu nieograniczonego na:

**Zakup sprzętu medycznego na potrzeby opieki kardiologicznej**

przedsięwzięcia pn.:

****Zwiększenie jakości, dostępności i efektywności opieki kardiologicznej poprzez Zakup sprzętu medycznego w Szpitalu Powiatowym im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp z o. o. realizowanego w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności: Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” Inwestycja D1.1.1 „Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych”****

**ARKUSZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer pakietu/**  **części** | **Rodzaj sprzętu** | **Ilość** | **Kwota netto (PLN)** | **Kwota brutto (PLN)** | **VAT(%)** |
| **3** | **Spirometr - 1 kpl. - na potrzeby Gabinetu EKG i Spirometrii** | 1  komplet |  |  |  |
| RAZEM: | | |  |  | ------------------ |
| SŁOWNIE WARTOŚĆ BRUTTO | | |  | | |

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – FORMULARZ PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**MINIMALNE WYMAGANE PARAMETRY I FUNKCJE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET NR 3** | | | |
| **Rejestrator EKG - 4 kpl. – doposażenie Gabinetu EKG i Spirometrii** | | | |
| LP. | Parametry /warunek | Wymagania minimalne parametry graniczne | Odpowiedź oferenta (TAK, lub w razie oferowanego produktu równoważnego należy podać opis, lub w razie ocenianego parametru podać swój oferowany parametr do oceny) |
|  | **I Wymagania ogólne** |  |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane, nie powystawowe, nie refabrykowane  rok produkcji nie wcześniej niż 2025  Producent:  Model/typ:  Kraj pochodzenia: | TAK, **podać** |  |
|  | Aparat do pomiaru statycznych i dynamicznych objętości  i pojemości płuc w układzie otwartym przy użyciu sensora pomiarowego jednorazowego | TAK |  |
|  | Badanie spirometrii spokojnej (tzw. SVC) i wytężonego wydechu (tzw. FVC lub F/V) oraz próby odwracalności obturacji. | TAK |  |
|  | Sterowanie aparatem z oprogramowania | TAK |  |
|  | Bezprzewodowa komunikacja aparatu z oprogramowaniem | TAK |  |
|  | Oprogramowanie zgodne z MS Windows 10/11 (instalacja przy dostawie) | TAK |  |
|  | Oprogramowanie spirometru posiadające opcję oceny nadreaktywności oskrzeli (tzw. próby prowokacyjne). Oprogramowanie jest zgodne z zaleceniami ATS / ERS oraz posada wbudowane wartości referencyjne w tym wg. GLI 2012. | TAK |  |
|  | Metoda pomiaru przepływu Rurka Pitota | TAK |  |
|  | Metoda pomiaru ciśnienia; przetwornik różnicowy półprzewodnikowy | TAK |  |
|  | Zakres pomiaru przepływu +/- 16L/s | TAK, podać |  |
|  | Zakres pomiaru objętości od O do 20L | TAK |  |
|  | Dokładność pomiaru objętości. Większa z +/- 3% lub 50 ML (zgodnie z ATS/ERS) | TAK, podać |  |
|  | Liniowość pomiaru przepływu, +/- 2,5% | TAK |  |
|  | Rozdzielczość przepływu 15 bit (<1 mL) | TAK |  |
|  | Częstość próbkowania 125Hz | TAK |  |
|  | Interaktywna kalibracja przepływu i objętości z opcjonalnym zew. wzorcem objętości | TAK |  |
|  | Kompaktowa obudowa z rękojeścią i wymienną głowicą. Stopień ochrony obudowy IP42 | TAK |  |
|  | Wymiary aparatu 210 mm x 130 mm x 50 mm | TAK, podać |  |
|  | Waga aparatu bez baterii i sensora maks. 150 g | TAK, podać |  |
| **Wyposażenie aparatu** | | | |
|  | Sensory jednorazowe z fabrycznie wyznaczonymi współczynnikami korekcji przepływu (pre-kalibrowane)  **– 2 op./po 100 szt.** | TAK |  |
|  | Piankowy klips na nos, elastyczny, jednorazowy  **– 2 op./po 100 szt.** | TAK |  |
|  | Moduł pomiaru warunków otoczenia w zestawie aparatem | TAK |  |
| **Wymagania pozostałe** | | | |
|  | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK, podać |  |
|  | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych. Certyfikat CE lub Deklaracja Zgodności na całość aparatu – przy dostawie sprzętu | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w wersji elektronicznej - przy dostawie sprzętu wraz z ogólną instrukcją bezpiecznej eksploatacji sprzętu BHP | TAK |  |
|  | Paszport techniczny w wersji papierowej – przy dostawie sprzętu | TAK |  |

**INNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Pełna bezpłatna minimum 12 miesięczna gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego potwierdzonego protokołem zdawczo-odbiorczym , uruchomienia oraz szkolenia | TAK | Oceniany  **Min. okres gwarancji 12 miesiące - 0 pkt**  **okres gwarancji – 24 miesięcy – 20 pkt**  **max. okres gwarancji – 36 miesięcy lub więcej – 40 pkt**  **należy podać** |  |
| 2 | Czas reakcji na zgłoszoną awarię [max. 48 godz.] (dni robocze )  *\*należy podać czas reakcji w godzinach* | TAK, podać |  |  |

Uwaga : w kolumnie “WYMAGANIA GRANICZNE” - **TAK** – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty. **Dopuszcza się jedynie Pakiet wypełniony w całości.**

..................................................................

podpis uprawnionego Przedstawiciela Wykonawcy