Załącznik nr 1.1

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet nr 1**

Przedmiot zamówienia: Holter EKG z oprogramowaniem

Ilość: 1 szt.

Model: …………………….

Producent: …………………….

Rok produkcji: …………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane, opis, komentarz** |
|  | Rejestrator min. 3-kanałowy | TAK |  |
|  | Zapis danych w trybie 3-kanałowym z min. 5 odprowadzeń | TAK |  |
|  | Czas zapisu: 1-2 dni | TAK, PODAĆ |  |
|  | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | TAK |  |
|  | Transmisja danych za pomocą USB, Karta SD | TAK |  |
|  | Możliwość uruchomienia badania z wpisaniem danych pacjenta i parametrów badania bezpośrednio w rejestratorze bez udziału komputera | TAK |  |
|  | Zapis danych na karcie pamięci typu SD – 2 GB | TAK |  |
|  | Wyświetlacz OLED min. 1,27” w rejestratorze z podglądem sygnału EKG | TAK, PODAĆ |  |
|  | Przycisk zdarzeń pacjenta wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon), długość nagrania 10 s | TAK |  |
|  | Zasilanie za pomocą 2 baterii AA lub akumulatorów dołączone wraz z dostawą | TAK |  |
|  | Waga rejestratora max: 106g, z bateriami -138g  | TAK, PODAĆ |  |
|  | Rozmiary rejestratora max: 75 x 73 x 25 ±2 mm | TAK, PODAĆ |  |
|  | Akcesoria: instrukcja obsługi w języku polskim, kabel pacjenta, dwie karty pamięci, cztery akumulatory AA, futerał  | TAK |  |
| **OPROGRAMOWANIE**  |
|  | Współpraca z rejestratorami 7-kanałowymi, 12-kanałowymi i 3 kanałowymi | TAK, PODAĆ |  |
|  | Wielopoziomowa klasyfikacja pobudzeń. | TAK |  |
|  | Umożliwienie przeprowadzenie następujących analiz:- Analiza HRV- Analiza obniżenia odcinka ST | TAK, PODAĆ |  |
|  | Wyświetlanie sygnału EKG w postaci wstęg i stronicowym | TAK |  |
|  | Wyświetlenie sygnału EKG na bieżąco na monitorze komputera podczas przygotowania pacjenta. | TAK |  |
|  | Komunikacja z komputerem poprzez kabel miniUSB, karty SD i bezprzewodowa | TAK |  |
|  | Menu programu i raporty w języku polskim | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie dostępu do programu kluczem sprzętowym i hasłem | TAK |  |
|  | Tworzenie raportów w formacie PDF z poziomu programu | TAK |  |
|  | Wyświetlenie trendów HR, RR oraz mierzonych wartości granicznych | TAK, PODAĆ |  |
|  | Analiza czasowa podstawowych wartości badania względem godzin/dni/łącznie lub sen/aktywność | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy systemu holterowskiego o dodatkowe stanowisko pielęgniarskie pracujące w sieci lokalnej z ograniczonymi prawami analizy badania | TAK |  |
|  | Interaktywny histogram odstępów RR z możliwością usunięcia artefaktów. | TAK |  |
|  | Minimalne parametry komputera: Procesor Core 2 Duo, Pamięć RAM: 8GB, Dysk HDD: 500GB, Nagrywarka DVD, Czytnik kart SD, System operacyjny Windows 7,8,10 | TAK, PODAĆ |  |
| **Warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskimw wersji pełnej i skróconej | TAK |  |
| 2. | Paszport techniczny z informacjami zawierającymi datę zainstalowania aparatu i termin następnego przeglądu | TAK |  |
| 3. | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE | TAK |  |
| 4. | Okres gwarancji:minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 5. | Autoryzowany serwis na terenie Polski | TAK |  |
| 6. | Zagwarantowanie dostępności serwisu, oprogramowania i części zamiennych przez co najmniej 7 lat od daty dostawy | TAK |  |
| 7. | Wykonawca w przypadku wyboru jego oferty zobowiązany jest przeprowadzić szkolenie osób spośród personelu Zamawiającego w zakresie zapewniającym bezpieczną obsługę przedmiotu zamówienia, w terminie uzgodnionym z Zamawiającym tj. nie później niż w ciągu 30 dni od daty podpisania protokołu odbioru w następującym wymiarze:* Personel medyczny 8 osób po 2 godziny każda z osób

Szkolenia odbędą się w PrzychodniLiczba godzin szkoleniowych ma gwarantować dostateczne przyswojenie wiedzy teoretycznej i praktycznej z zakresu obsługi urządzenia. | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

**Pakiet nr 2**

Przedmiot zamówienia: **Aparat EKG**

Ilość: 1 szt.

Model: …………………….

Producent: …………………….

Rok produkcji: …………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane, opis, komentarz** |
| 1. |  Aparat EKG 12-kanałowy z analizą i interpretacją danych z badań | TAK |  |
| 2. | Współpraca z oprogramowaniem Asseco mMedica  | TAK |  |
| 3. | Kolorowy, ekran dotykowy LCD o wysokiej rozdzielczości ekranu: 1280x800px, przekątna min. 10” | TAK |  |
| 4. | Klawiatura alfanumeryczna wirtualnie wyświetlana | TAK |  |
| 5. | System exportu/import danych w formatach HL7, DICOM, PDF,XML,Cloud | TAK |  |
| 6. |  Szerokość papieru 112x25 m i 210x150 mm Typ rolka, składka i A4 drukarka laserowa - za pomocą WiFi/LAN | TAK |  |
| 7. |  Interfejs: WiFi/LAN, bluetooth,HDMI full hd, 3x port USB, karta SD  | TAK  |  |
| 8. |  Prędkość zapisu EKG (mm/s): 5; 10; 25; 50, 100 | TAK |  |
| 9. |  Długość zapisu EKG od 6 s do 40 minut | TAK |  |
| 10. |  Automatyczna analiza i interpretacja | TAK |  |
| 11. |  Częstotliwość próbkowania: do 16 000 Hz/kanał (na życzenie nawet 32 000 Hz/kanał) | TAK |  |
| 12. |  Pamięć wewnętrzna min. 100 000 badań | TAK, PODAĆ |  |
| 13. |  Filtr linii izoelektrycznej: od 0,15 do 1,5 Hz | TAK, PODAĆ |  |
| 14. |  Filtr zakłóceń mięśniowych: 20, 25, 30, 35, 45 Hz | TAK, PODAĆ |  |
| 15. |  Wbudowany moduł do zdalnej diagnostyki aparatu i wsparcia technicznego (Online assistant) | TAK |  |
| 16. |  Tryby pracy: automatyczny i ręczny | TAK |  |
| 17. |  Waga max. 3,7 kg (z baterią) | TAK, PODAĆ |  |
| 18. |  Wózek dedykowany pod aparat z kuwetą na akcesoria i wysięgnikiem na kabel | TAK |  |
| **Warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskimw wersji pełnej i skróconej | TAK |  |
| 2. | Paszport techniczny z informacjami zawierającymi datę zainstalowania aparatu i termin następnego przeglądu | TAK |  |
| 3. | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE | TAK |  |
| 4. | Okres gwarancji:minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 5. | Autoryzowany serwis na terenie Polski | TAK |  |
| 6. | Zagwarantowanie dostępności serwisu, oprogramowania i części zamiennych przez co najmniej 7 lat od daty dostawy | TAK |  |
| 7. | Wykonawca w przypadku wyboru jego oferty zobowiązany jest przeprowadzić szkolenie osób spośród personelu Zamawiającego w zakresie zapewniającym bezpieczną obsługę przedmiotu zamówienia, w terminie uzgodnionym z Zamawiającym tj. nie później niż w ciągu 30 dni od daty podpisania protokołu odbioru w następującym wymiarze:* Personel medyczny 8 osób po 2 godziny każda z osób

Szkolenia odbędą się w PrzychodniLiczba godzin szkoleniowych ma gwarantować dostateczne przyswojenie wiedzy teoretycznej i praktycznej z zakresu obsługi urządzenia. | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.

**Pakiet nr 3**

Przedmiot zamówienia: **Aparat do terapii falami uderzeniowymi**

Ilość: 1 szt.

Model: …………………….

Producent: …………………….

Rok produkcji: …………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek graniczny** | **Parametry oferowane, opis, komentarz** |
| 1. |  Ciśnienie do 4 barów | TAK, podać |  |
| 2. |  Częstotliwość do 15 Hz | TAK, podać |  |
| 3. |  Wyświetlacz LED | TAK |  |
| 4. |  Min. 7 protokołów zabiegowych | TAK |  |
| 5. |  Regulacja parametrów w trakcie terapii | TAK |  |
| 6. |  Aplikator, uchwyt do aplikatora, przekaźniki fali  uderzeniowej, zasilacz, stolik.  | TAK |  |
| **Warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskimw wersji pełnej i skróconej | TAK |  |
| 2. | Paszport techniczny z informacjami zawierającymi datę zainstalowania aparatu i termin następnego przeglądu | TAK |  |
| 3. | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE | TAK |  |
| 4. | Okres gwarancji:minimum 24 miesiące | TAK |  |
| 5. | Autoryzowany serwis na terenie Polski | TAK |  |
| 6. | Zagwarantowanie dostępności serwisu, oprogramowania i części zamiennych przez co najmniej 7 lat od daty dostawy | TAK |  |
| 7. | Wykonawca w przypadku wyboru jego oferty zobowiązany jest przeprowadzić szkolenie osób spośród personelu Zamawiającego w zakresie zapewniającym bezpieczną obsługę przedmiotu zamówienia, w terminie uzgodnionym z Zamawiającym tj. nie później niż w ciągu 30 dni od daty podpisania protokołu odbioru w następującym wymiarze:* Personel medyczny 4 osoby po 1 godzinie każda z osób

Szkolenia odbędą się w PrzychodniLiczba godzin szkoleniowych ma gwarantować dostateczne przyswojenie wiedzy teoretycznej i praktycznej z zakresu obsługi urządzenia. | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia, o powyżej wyspecyfikowanych parametrach, jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem.