DFP.271.119.2020.AM

 Załącznik nr 1a do specyfikacji

Załącznik nr …… do umowy

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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: 2020), 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, 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.
* W przypadku punktacji proporcjonalnej ocena jest przeprowadzana w sposób następujący: oferta zawierająca najkorzystniejszą wartość otrzymuje maksymalną liczę punktów, wszystkie pozostałe proporcjonalnie mniej w stosunku do najkorzystniejszej wartości.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Tabela – Wycena** |
|  | **1.** | Cena brutto sprzętu *Holter EKG z 2 rejestratorami – 1 szt.* (w zł): |  |
|  | **2.** | Cena brutto sprzętu *Holter ciśnieniowy – 1 szt.* (w zł): |  |
|  | **3.** | Cena brutto sprzętu *EKG – 1 szt.* (w zł): |  |
|  | **4.** | Cena brutto sprzętu *Ciśnieniomierz – 1 szt.* (w zł): |  |
|  | **5.** | Cena brutto sprzętu *Waga – 1 szt.* (w zł): |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **A: Cena brutto sprzętu** */suma: 1 + 2 + 3 + 4 +5/* **(w zł):** |  |
|  | **B: Cena brutto dostawy, instalacji** **i uruchomienia sprzętu (w zł):** |  |
|  | **C: Cena brutto szkoleń (w zł):** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A+ B + C: Cena brutto oferty (w zł):** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Holter EKG z 2 rejestratorami – 1 szt.** | Nazwa i typ: ...............................................................................Producent / kraj produkcji: .........................................................Rok produkcji: ….................................................... |
| **Holter ciśnieniowy – 1 szt.** | Nazwa i typ: ...............................................................................Producent / kraj produkcji: .........................................................Rok produkcji: ….................................................... |
| **EKG – 1 szt.** | Nazwa i typ: ...............................................................................Producent / kraj produkcji: .........................................................Rok produkcji: ….................................................... |
| **Ciśnieniomierz – 1 szt.** | Nazwa i typ: ...............................................................................Producent / kraj produkcji: .........................................................Rok produkcji: ….................................................... |
| **Waga – 1 szt.** | Nazwa i typ: ...............................................................................Producent / kraj produkcji: .........................................................Rok produkcji: ….................................................... |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **OCENA PKT** |
| **Holter EKG z 2 rejestratorami – 1 szt.** |
|  | Wyświetlacz LCD min. 1,8 ~~2~~” w rejestratorze z podglądem sygnału EKG | tak, podać |  | wymagana wielkość 0 pkt, największa 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od największej |
|  | Rejestrator 3, ~~7~~, 12-kanałowy | tak, podać |  | rejestrator wymagany – 0 pktrejestrator 3, 7, 12-kanałowy – 2 pkt |
|  | ~~Zapis danych w trybie 3, 7, 12-kanałowym z 5/10 odprowadzeń~~ | ~~tak, podać~~ |  | ~~- - -~~ |
|  | Czas zapisu: w min. zakresie 1-6 dni | tak, podać |  | - - - |
|  | Czujnik aktywności fizycznej pacjenta | podać |  | tak - 2 pktnie - 0 pkt |
|  | Transmisja danych za pomocą USB, Karta SD lub CF (Compact flash), Bluetooth | tak, podać |  | transmisja danych tylko za pomocą Karta SD lub CF (Compact flash) – 0 pkt transmisja danych również dodatkowo za pomocą USB i Bluetooth – 2 pkt |
|  | Możliwość uruchomienia badania z wpisaniem danych pacjenta i parametrów badania bezpośrednio w rejestratorze bez udziału komputera | podać |  | tak - 2 pktnie - 0 pkt |
|  | ~~Automatyczne włączenie rejestratora po 20 min. od włożenia baterii bez wprowadzania danych pacjenta~~ | ~~tak~~ |  | ~~- - -~~ |
|  | Częstotliwość próbkowania ~~min. 6 x 1800Hz~~ 8 x 2000Hz lub 1024 Hz lub 4096 Hz | tak, podać |  | - - - |
|  | Rozdzielczość zapisu min. 20 bity | tak, podać |  | wymagana wartość 0 pkt, największa 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od największej |
|  | Funkcja wykrywania rozrusznika 100us przy próbkowaniu min. 35000HzlubFunkcja wykrywania rozrusznika o czułości 2uV i czasie reakcji 40 ms | tak, podać |  | - - - |
|  | Zapis danych na karcie pamięci typu SD – min. 2 GB | tak, podać |  | - - - |
|  | Przycisk zdarzeń pacjenta ~~wraz z zapisem głosowym (wbudowany mikrofon), długość nagrania min. 10 s~~ | tak, podać |  | - - - |
|  | Zasilanie za pomocą ~~2~~ baterii lub akumulatorów AA | tak |  | - - - |
|  | Waga rejestratora – max. 110g | tak, podać |  | wymagana waga 0 pkt, najniższa 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od najniższej |
|  | Waga rejestratora bateriami – max. 140g | tak, podać |  | wymagana waga 0 pkt, najniższa 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od najniższej |
|  | Rozmiary rejestratora: mieszczące się w zakresie ~~100~~ 95-105 x ~~60~~ 57-65 x ~~20~~ 17,5-25 mm | tak, podać |  | - - - |
|  | Kabel pacjenta 40-90 cm  | tak, podać |  | - - - |
|  | Warunki pracy : Temperatura w min. zakresie 5 - 50°C, Wilgotność w min. zakresie 15% - 90%, Ciśnienie atmosferyczne w min. zakresie 900 hPa – 1060 hPa | tak, podać |  | - - - |
|  | Akcesoria : instrukcja obsługi w języku polskim, kabel pacjenta, dwie karty pamięci, cztery akumulatory AA, futerał z trzema paskami dla pacjenta | tak |  | - - - |
|  | Pełna kompatybilność z posiadanym oprogramowaniem do analizy badań holtera przez Użytkownika: EKG BTL CardioPoint lub dostawa innego oprogramowania z kluczem i instalacja na komputerze wskazanym przez Użytkownika. | tak |  | - - - |
| **Holter ciśnieniowy – 1 szt.** |
|  | Metoda pomiaru oscylometryczna, krokowe wypuszczanie powietrza | tak |  | - - - |
|  | Pomiar ciśnienia skurczowego i rozkurczowego | tak |  | - - - |
|  | Czas ciągłego zapisu min. do 40 godz. | tak, podać |  | wymagana wartość 0 pkt, największy 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od największego |
|  | Komunikacja z komputerem poprzez kabel optyczny (światłowodowy) USB.  | tak |  | - - - |
|  | Pomiar na żądanie | tak |  | - - - |
|  | Przycisk zmiany ręcznej pomiędzy dniem a nocą | tak |  | - - - |
|  | Przycisk informacji o pobraniu leku | tak |  | - - - |
|  | Automatyczny dobór ciśnienia w rękawie pacjenta | tak |  | - - - |
|  | Różne średnice rękawów min. 3 rodzaje (mały, średni, duży) | tak |  | - - - |
|  | Wyświetlacz LCD w rejestratorze | tak |  | - - - |
|  | Wyświetlenie napięcia baterii i ich stanu naładowania | tak |  | - - - |
|  | Zasilanie z max. 2 baterii lub akumulatorów AA | tak |  | - - - |
|  | Waga bez akumulatorów max. 200g | tak, podać |  | wymagana waga 0 pkt, najniższa 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od najniższej |
|  | Waga z akumulatorami 250 g | tak, podać |  | wymagana waga 0 pkt, najniższa 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od najniższej |
|  | Rozmiary rejestratora: mieszczące się w zakresie 95-100 x 65-70 x 25-30 mm | tak, podać |  | - - - |
|  | Możliwość podziału okresu badań na podokresy i ich programowanie | tak |  | - - - |
|  | Możliwość programowania czasu wykonania poszczególnych pomiarów | tak |  | - - - |
|  | Wyliczenie takich wartości jak: ciśnienia maksymalne, średnie ważone ciśnienia i tętna, ładunku ciśnienia krwi dla całości badania jak i dla każdego podokresu oraz porannego wzrostu | tak |  | - - - |
|  | Tryby pracy administratora i użytkowników systemu | tak |  | - - - |
|  | Zabezpieczenie dostępu do oprogramowania hasłem | tak |  | - - - |
|  | Menu i raporty w języku polskim | tak |  | - - - |
|  | Możliwość przeglądania wyników pomiarów w formie tabeli, wykresów i histogramów | tak |  | - - - |
|  | Możliwość wprowadzenia uwag do poszczególnych pomiarów | tak |  | - - - |
|  | Możliwość konfiguracji i pełnej edycji raportu (tak, jak w edytorze tekstu) | tak |  | - - - |
|  | Współpraca z kompleksową platformą kardiologiczną, w której można wykonać zarówno badania EKG, jak i spirometrię, próbę wysiłkową, ergospirometrię, holter EKG, holter RR. | tak |  | - - - |
|  | Pojemność pamięci: min. 500 pomiarów | tak, podać |  | wymagana wartość - 0 pkt, największa 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od największej |
|  | Okresy: Poranek, dzień, noc, okresy specjalne | tak |  | - - - |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia krwi min 40 – 250 mmHg | tak, podać |  | wymagany zakres 0 pkt, największy 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od największego |
|  | Okres rejestracji ciśnienia krwi: min. 24, 27 | tak, podać |  | - - - |
|  | Puls w min. zakresie 45 – 200 uderzeń/ min | tak, podać |  | - - - |
|  | Inflacja - Automatycznie kontrolowana pompa w mankiecie max 300 mmHg | tak, podać |  | - - - |
|  | Sensor ciśnienia - piezo rezystywny | tak |  | - - - |
|  | W zestawie z rejestratorem futerał z paskiem, mankiet standardowy, osiem akumulatorów, ładowarka akumulatorów, walizka | tak |  | - - - |
|  | Pełna kompatybilność z posiadanym oprogramowaniem do analizy badań holtera przez Użytkownika: EKG BTL CardioPoint moduł abpm lub dostawa innego oprogramowania z kluczem i instalacja na komputerze wskazanym przez Użytkownika. | tak |  | - - - |
| **EKG – 1 szt.** |
|  | Ekran dotykowy min. 2.5” | tak, podać |  | - - - |
|  | Całkowity wymiar mieszczący się w zakresie 80-85x85-87x20-25 mm | tak, podać |  | - - - |
|  | Waga max. 140 g | tak, podać |  | wymagana waga 0 pkt, najniższa 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od najniższej |
|  | Prędkość (mm/s) 5, 10, 12.5, 25, 50 | tak, podać |  | - - - |
|  | Czułość (mm/mV) 2.5, 5, 10, 20 | tak, podać |  | - - - |
|  | Układ wydruku 2x6+1R, 4X3+1R, 1x12+0R | tak, podać |  | - - - |
|  | Liczba odprowadzeń – 12 (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1, V2, V3, V5, V6) | tak, podać |  | - - - |
|  | Liczba wyświetlanych odprowadzeń 1, 3, 12 | tak, podać |  | - - - |
|  | Pamięć : min. 30 EKG na urządzeniu i min. 5000 EKG w aplikacji | tak, podać |  | - - - |
|  | Filtr sieciowy: 50,60 | tak, podać |  | - - - |
|  | Filtr izolinii : 0.05, 0.25, 0.6 | tak, podać |  | - - - |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych : 20, 25, 35, 90 | tak, podać |  | - - - |
|  | Wykrywanie rozrusznika – szerokość impulsu: 0,1 ms- 2ms; amplituda impulsów: 2mV-250 mV | tak, podać |  | - - - |
|  | Częstotliwość 50-60 Hz | tak, podać |  | - - - |
|  | Zakres częstotliwości w min. zakresie 0.10-150 Hz | tak, podać |  | - - - |
|  | Częstotliwość WiFi min. 2,0 GHz | tak, podać |  | - - - |
|  | Ochrona przed impulsem defibrylatora | tak |  | - - - |
|  | 1. Zamawiający wymaga dostarczenia mobilnego, bezprzewodowego aparatu ekg, spełniającego wymagania opisane w parametrach 56-73

Lub1. Aparat 12 kanałowy z ekranem min. 5,5” zamontowany na wózku
 | tak, podać |  | mobilny bezprzewodowy aparatu ekg – 10 pktaparat na wózku z ekranem min. 5,5” - 0 pkt  |
| **Ciśnieniomierz – 1 szt.** |
|  | Automatyczny ciśnieniomierz do pomiaru ciśnienia krwi na ramieniu | tak |  | - - - |
|  | Zakres pomiaru ciśnienie w minimalnym zakresie, od ~~0~~ 20 do ~~280~~ 260 mmHg, | tak, podać |  | - - - |
|  | Zakres pomiaru tętno w minimalnym zakresie od 40 do 180/min | tak, podać |  | - - - |
|  | Funkcja wykrywania nieregularnej pracy serca pokazująca, że wykryto nieregularne tętno  | tak |  | - - - |
|  | Pamięć pozwalająca zapisać wyniki min 10 badań | tak |  | - - - |
|  | Min. ~~1500~~ 200 pomiarów na jednym zestawie baterii lub akumulatorze | tak, podać |  | wymagana ilość pomiarów 0 pkt, największa 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od największej |
|  | Waga max. Bez baterii 400g (bez baterii) | tak |  | - - - |
| **Waga – 1 szt.** |
|  | Elektroniczna waga medyczna ze wzrostomierzem | tak |  | - - - |
|  | Obciążenie maksymalne min. 180 kg | tak, podać |  | - - - |
|  | Pomiar BMI | tak |  | - - - |
|  | Czas pracy na akumulatorach min. 30 godzin | tak, podać |  | - - - |

|  |
| --- |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów.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 5 lat. | >= 36 |  | najdłuższy okres – 5 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 10 lat  | podać |  | tak – 3 pktnie – 0 pkt |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień, w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać w pełni sprawnego sprzętu. | tak |  | - - - |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Przyjazd serwisu po zgłoszeniu awarii w okresie gwarancji do 2 dni (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00 ) | tak, podać |  | 1 dzień – 5 pkt2 dni – 0 pkt, |
|  | Czas na naprawę usterki – do 3 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 5 dni (dotyczy dni roboczych) | tak |  | - - - |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 5 dni od zgłoszenia awarii (dotyczy dni roboczych) | tak |  | - - - |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta)  | tak, podać ilość wszystkich przeglądów w okresie gwarancji |  | - - - |
|  | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | podać |  | jeden w roku, lub brak wymogu producenta wykonywania przeglądów (obowiązek dokonania wpisu w paszporcie) – 5 pkt, więcej niż 1– 0 pkt |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.) | tak |  | - - - |
|  | Aparaty są lub będą pozbawione, po zakończeniu gwarancji, wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. (lub zostaną przekazane Zamawiającemu), które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | tak |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** |  |  |  |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny i techniczny | tak |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim i angielskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza. | tak |  | - - - |
|  | Z urządzeniami wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny),  | tak |  | - - - |
|  | Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest ze środków Unii Europejskiej, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia | tak |  | - - - |