**SP ZOZ/DZ/9/2019**

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**PAKIET NR VIII**

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**KARDIOMONITOR – 9 szt.**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia:...................................................................

Nazwa producenta: ...................................................................

Kraj produkcji: ...................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymagane warunki i parametry | Wymóg | Oferowane warunki i parametry |
| I. | PARAMETRY OGÓLNE |  |  |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe rok produkcji 2018/2019 | TAK |  |
| 2 | Zasilanie 230-240 V | 230-240 V |  |
| 3 | Klasa (typ ochronności przed defibrylacją) | I,CF,BF,EKG,RESP,TEMP,NIBP,Sp02 defibrylacją) |  |
| 4 | Bezpieczeństwo | wymienić parametry i zakres bezpieczeństwa |  |
| **II** | **MONITOR** |  |  |
| 1 | Kolorowy wyświetlacz | LCD TFT od 10 do 12,1 cali |  |
| 2 | Prędkości przebiegów | 12.5,25,50,mm/s |  |
| 3 | Alarmy dla wszystkich parametrów | TAK |  |
| 4 | Tryb pracy – ciągły dla: noworodków, dzieci oraz dorosłych | TAK |  |
| **III** | **MODUŁ EKG**  |  |  |
| 1 | Rodzaj odprowadzeń I,II,III,aVR,aVL,aVF,V | TAK |  |
| 2 | Czułość regulowana 2.5-40 mm/mV | TAK |  |
| 3 | Zakres pomiarowy HR 15-300 1/min | TAK |  |
| 4 | Zabezpieczenie przed:- impulsem defibrylacyjnym- zakłóceniami wysokiej częstotliwości | TAK |  |
| 5 | Wykrywanie i sygnalizacja stymulatora serca | TAK |  |
| 6 | Poziom odcinka ST +/- 1 mV | TAK |  |
| 7 | Możliwość zmiany standardowego położenia punktów pomiarowych | TAK |  |
| 8 | Prezentacja wyników w postaci wartości cyfrowych i ich trendów | TAK |  |
| 9 | Zakres pomiarowy oddechu 0-150 1/min | TAK |  |
| 10 | Metoda pomiarowa – reograficzna/impedencyjna  | TAK |  |
| 11 | Nadzór bezdechu 5 – 60 s. | TAK |  |
| 12 | Możliwość wyboru odprowadzenia | podać |  |
| 13 | Prezentacja fali oddechu | TAK |  |
| **IV** | **MODUŁ CIŚNIENIA NIBP** |  |  |
| 1 | Zakres pomiarowy przetwornika 10-300 mm Hg | TAK |  |
| 2 | Sposób pomiaru ręczny, automatyczny lub ciągły | TAK |  |
| 3 | Czas repetycji pomiaru 1-480 min. | TAK |  |
| 4 | Przewód do NIBP minimum 3 metry | TAK |  |
| **V** | **MODUŁ PULSOKSYMETR Sp02**  |  |  |
| 1 | Czujnik Sp02 dla dorosłych wielorazowy + mankiet dla dorosłych z łącznikiem | TAK |  |
| 2 | Zakres pomiarowy 0-100 % | TAK |  |
| 3 | Dokładność 70%-100 %  | TAK |  |
| 4 | Pomiar tętna obwodowego 20-300 1/min. | TAK |  |
| 5 | Akustyczna sygnalizacja saturacji | TAK |  |
| 6 | Pomiar fali tętna obwodowego | TAK |  |
| **VI** | **POMIAR TEMPERATURY** |  |  |
| 1 | Zakres pomiarowy 0-50.0 ºC | TAK |  |
| 2 | Rozdzielczość 0.1 °C | TAK |  |
| 3 | Ilość torów pomiarowych 1 lub 2 | podać |  |
| 4 | AKUMULATOR Czas ładowania ≥1 godzina pracy | podać |  |
| 5 | KABEL EKG 3 lub 5 żyłowy | podać |  |
| 6 | WAGA URZĄDZENIA w kg | podać |  |
| 7 | Ochrona przed zalaniem: stopień odporności na szkodliwe wnikanie cieczy zgodnie z normą IPX1 | TAK |  |
| 8 | TRYB PRACY ciągły | TAK |  |
| 9 | GWARANCJA ≥ 24 miesiące | podać |  |
| 10 | Deklaracja oznaczenie CE zgodnie z dyrektywą 93/42/EWG | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 11 | **STOJAK JEZDNY** Pojemny koszyk na akcesoriaUchwyt do prowadzenia stojakaStabilna konstrukcjaMożliwość blokady kół stojaka | TAK |  |

Załącznik wskazuje minimalne wymagania Zamawiającego, które muszą zostać spełnione, natomiast Wykonawca – wypełniając ten załącznik – oferuje konkretne rozwiązania, charakteryzując w ten sposób zaoferowany asortyment.

Załącznik należy wypełnić w całości, bez wprowadzania zmian w jego treści – stanowi on integralną część oferty – deklarację Wykonawcy co do jej treści, stąd brak tego załącznika, zawierającego treści zgodne z wzorem określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, spowoduje odrzucenie oferty.

**Uwaga.**

1. **W rubryce tabeli: ,,wartość oferowana” – wpisać: TAK lub NIE oraz potwierdzić spełnienie warunków przez: złożenie poniżej podpisu i opieczętowanie lub podpisanie się czytelnie – przez uprawnionego przedstawiciela wykonawcy, tj. imię i nazwisko tej osoby.**
2. Brak wypełnienia tej rubryki lub wpisanie ,,NIE spełnia” spowoduje odrzucenie oferty jako nie spełniającej wymaganych warunków.

***Potwierdzam oferowane jw. parametry:***

*…………………………….………… dnia: ……………………..…… .*

 *(miejscowość)*

*.................................................................*

*Uprawniony przedstawiciel wykonawcy –*

 *pieczęć z podpisem lub nazwisko i imię*