**Załącznik nr 7.1 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych i ocenianych**

**Część 1 – Cykloergometr do badań wydolnościowych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane i oceniane****/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1.
 | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2022 |  |
|  | Dopuszczalny ciężar osoby ćwiczącej minimum 180kg | Tak, podać |  |
|  | Koło zamachowe o ciężarze min. 20kg | Tak, podać |  |
|  | Zakres obciążenia minimum do 700W, regulacja co 1 W | Tak, podać |  |
|  | Skala wahadłowa | Tak |  |
|  | Kalibracja mechaniczna za pomocą wzorcowanego obciążnika | Tak |  |
|  | Regulacja położenia uchwytu rąk według skali umożliwiającą zmianę położenia w poziomie i w pionie co 1mm, w zakresie minimum: w poziomie 200mm w pionie 500-910mm | Tak, podać |  |
|  | Regulacja położenia siedziska według skali umożliwiającą zmianę położenia w poziomie i w pionie co 1mm, w zakresie minimum: w poziomie 200mm w pionie 530-940mm | Tak, podać |  |
|  | Siodełko kolarskie | TAK |  |
|  | System pomiarowy – skomputeryzowana skala wahadłowa  | TAK |  |
|  | Tryb oporu: moc W lub siła N  | TAK |  |
|  | Opór: stała siła, hiperboliczny, liniowy, sterowany tętnem, stała moc – niezależna od prędkości pedałowania | TAK |  |
|  | Program komputerowy zapewniający sterowanie urządzenia | TAK, podać |  |
|  | Interfejs: RS232, USB,  | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia systemów ergospirometrii i EKG | TAK |  |
|  | Oprogramowanie: gotowe protokoły – Astrand, YMCA, WHO, PWC, narastający, rampa, manualny  | TAK |  |
| 18. | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące) | TAK, podać:24 miesiące – 0 pkt.36 miesięcy – 40 pkt. |  |
| 19. | Montaż sprzętu w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
| 20. | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
| 21. | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE dotycząca wyrobów medycznych zgodnie z dyrektywą 93/42/UE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. (t.j. Dz. U. 2022 r., poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
| 22. | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 23. | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
| 24. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

……………………………………………………

Podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 7.2 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych i ocenianych**

**Część 2 – Aparat KTG**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane i oceniane****/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1.
 | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2022 |  |
|  | Aparat KTG przeznaczony do ciąży pojedynczej (z możliwością rozbudowy do ciąży bliźniaczej) | Tak  |  |
|  | 2 głowice FHR posiadające min. 9 kryształków, wodoszczelne o zakresie min. 50-240 bpm | Tak, podać |  |
|  | Głowica TOCO wodoszczelna o zakresie min. 0-100, poziom odniesienia 0-20 | Tak, podać |  |
|  | Ekran kolorowy dotykowy LCD min 7" | Tak, podać |  |
|  | Wbudowana drukarka format A4 | Tak |  |
|  | Drukowanie w czasie rzeczywistym lub z pamięci | Tak, podać |  |
|  | Moduł wi-fi oraz program komputerowy do pracy w sieci bezprzewodowej, w dostawie z aparatem moduł wi-fi, program oraz instrukcja instalacji | Tak |  |
|  | Menu w języku polskim | TAK |  |
|  | Znacznik ruchów ( przycisk dla pacjentki) | TAK |  |
|  | Analiza KTG automatyczna | TAK |  |
|  | Pamięć min. 72 godziny | TAK, podać |  |
|  | Zapis na pendrive w formacie jpg | TAK |  |
|  | Zasilanie poprzez zewnętrzny zasilacz medyczny | TAK |  |
|  | Zegar wewnętrzny zasilany z baterii | TAK |  |
|  | Możliwe wyłączenie alarmu | TAK |  |
|  | Statyw jezdny wykonany z materiałów nierdzewnych, 4 kółka w tym 2 z hamulcami (dopuszcza się osłony kółek ze stali ocynkowanej), kosz na akcesoria, wysokość min. 90 cm | TAK, podać |  |
|  | Blat statywu ze stali nierdzewnej o wymiarach min. 40x30 cm | TAK, podać |  |
|  | Statyw posiadający wbudowane gniazda elektryczne min. 3  | TAK, podać |  |
|  | Długość kabla zasilającego min. 3 metry | TAK, podać |  |
|  | W zestawie 10 rolek papieru kompatybilnych z zaoferowanym aparatem | Tak |  |
| 23. | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące) | TAK, podać:24 miesiące – 0 pkt.36 miesięcy – 40 pkt. |  |
| 24. | Montaż sprzętu w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
| 25. | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
| 26. | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE dotycząca wyrobów medycznych zgodnie z dyrektywą 93/42/UE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. (t.j. Dz. U. 2022 r., poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
| 27. | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 28. | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
| 29. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

……………………………………………………

Podpis Wykonawcy