**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (PAKIET 5) ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SIWZ**

**Kardiomonitor modułowy**

**(2 sztuki na Oddział Intensywnej Terapii dla Dzieci)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kardiomonitor modułowy fabrycznie nowy, nie powystawowy, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r., gotowy do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*  podać… |
|  | Kardiomonitor kompatybilny ze stacją BeneVision CMS | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Kardiomonitor przeznaczony dla noworodków, dzieci, dzieci starszych i dorosłych posiadający komplet sond, czujników, kabli, mankietów itp. ( dla noworodków, dzieci, dzieci starszych i dorosłych) potrzebnych do użytkowania przedmiotu zamówienia w zakresie wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zintegrowany, kolorowy, dotykowy ekran pojemnościowy LCD o przekątnej min. 15.6” | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Sterownik karty pamięci | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Szeroki kąt widzenia: 180o (+/- 5o) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Kardiomonitor przystosowany do przenoszenia | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Kardiomonitor wyposażony w miejsca parkingowe na min. 6 modułów | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Gniazdo do podłączenia ramy zasilającej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Gniazdo wyjścia sygnału przywołania pielęgniarki | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wbudowane zasilanie akumulatorowe (akumulator Li-ion) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Menu obsługiwane poprzez ekran dotykowy oraz opcjonalnie przy pomocy pilota | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Narzędzia wspomagania decyzji klinicznych: Skala Glasgow (GCS) min. 1 sztuka | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wieloparametrowy moduł pomiarowy zapewniający monitorowanie min następujących parametrów: EKG/ST/Arytmia/Respiracja/NIPC/OxiMax SpO2/2xTemperatura/2xIPC/Kapnografia | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
| Moduł transportowy | | | |
|  | Moduł transportowy do nadzoru parametrów życiowych podczas transportowania pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moduł transportowy wyposażony w dotykowy, kolorowy ekran LCD o przekątnej min. 5” | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Moduł transportowy wyposażony w sterownik kart SD, kartę SD | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moduł transportowy wyposażony w akumulator Li-ion wymieniany przez użytkownika | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moduł transportowy wyposażony w wygodny uchwyt do przenoszenia monitora | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moduł transportowy wyposażony w przewód EKG z gniazdami do min. 3 końcówek, oraz komplet min. 3 końcówek | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Moduł transportowy wyposażony w czujnik SpO2 na palec | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moduł transportowy wyposażony w przewód połączeniowy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moduł transportowy wyposażony w rurę połączeniowa do mankietu o dł. min. 3 m | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
|  | Moduł transportowy wyposażony w zasilacz 230V/50 Hz | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moduł kapnografii wyposażony w zestaw zawierający: min. 2 pułapki wodne oraz min. 5 jednorazowych linii próbkujących | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
| **Akcesoria do EKG (dla 1 monitora):** | | | |
|  | - przewód połączeniowy do 3 jednorazowych elektrod EKG- min. 1 sztuka  - jednorazowe, noworodkowe elektrody EKG z przewodem o dł. min. 50 cm- min. 5 opakowań ( min. 3 sztuki w opakowaniu) | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
| **Akcesoria do Inwazyjnego pomiaru ciśnienia (dla 1 monitora):** | | | |
|  | - przewody połączeniowe Edwards- min. 2 sztuki  - jednorazowe przetworniki ciśnienia- min. 5 sztuk  - płytka na przetworniki z zaciskiem do mocowania na statywie- min. 1 zestaw | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
| **Pozostałe akcesoria (dla 1 monitora):** | | | |
|  | - czujnik typu Y z klamerką do mocowania u dzieci na palcu- min. 1 sztuka  - opaski do mocowania czujnika Y dla dzieci i niemowląt- min 20 sztuk  - mankiet niemowlęcy (obwód ramienia od min. 7 do min. 13 cm)- min. 1 sztuka  - rura połączeniowa do mankietów niemowlęcych- 1 sztuka  - mankiet pediatryczny (obwód ramienia od min. 10 do min. 19 cm)- min. 1 sztuka  - mankiet mały dla dorosłych i dzieci ( obwód ramienia od min. 18 do min. 26 cm)- min. 1 sztuka  - powierzchniowy czujnik temperatury | TAK | TAK/NIE\*  podać….. |
| **Pozostałe wymagania** | | | |
|  | Zaoferowana cena obejmuje: uruchomienie oraz podłączenie do centrali BeneVision | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:**   * Certyfikat CE / Deklaracja zgodności CE, Zgłoszenie / Przeniesienie / Wpis do rejestru wyrobów medycznych, * Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie * Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia sprzętu – przy dostawie | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | **GWARANCJA, SZKOLENIE I SERWIS:**   1. Szkolenie z obsługi urządzenia i serwis gwarancyjny realizowany przez autoryzowany serwis producenta lub przez pracownika posiadającego uprawnienia nadane przez producenta do wykonywania napraw i przeglądów serwisowych. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Autoryzowane punkty serwisowe (podać adres i telefon, co najmniej jednego punktu). | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Maksymalna ilość napraw gwarancyjnych tego samego elementu, po których dany element zostanie wymieniony na nowy, wolny od wad: 3 naprawy gwarancyjne | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia przeglądów serwisowych oferowanego wyposażenia w okresie trwania gwarancji, które zostały wliczone w cenę oferty (obejmujących dojazd i robociznę), które zapewnią prawidłowe funkcjonowanie wyposażenia zgodnie z zaleceniami producenta, przy czym Zamawiający wymaga, by pierwszy przegląd został dokonany maksymalnie po upływie roku od momentu zakupu. Następny przegląd – zgodnie z zaleceniami producenta. Zamawiający wymaga, w przypadku gdy kolejny przegląd zgodnie z zaleceniami producenta wypada już poza okresem gwarancji, by Wykonawca przeprowadził taki przegląd przed upływem terminu gwarancji (np. przed upływem kolejnego, drugiego roku gwarancji, jeżeli gwarancja wynosi 2 lata). | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |
| 1. Paszport techniczny (karta techniczna) będzie dostarczona wraz z urządzeniami, przy czym zawierać będzie (minimum) poniższe dane:  * nazwa urządzenia pozwalająca zidentyfikować przeznaczenie urządzenia, * nazwa producenta, * typ urządzenia i numer seryjny, * data rozpoczęcia eksploatacji.   W części ww. dokumentu dotyczącej remontów, napraw i badań stanu technicznego powinny znaleźć się zapisy dokumentujące:   * uruchomienie urządzenia, przeprowadzenie testu, * poświadczenie, że urządzenie jest sprawne i bezpieczne w użytkowaniu, * datę wykonania powyższych czynności, * datę, do której powinien zostać wykonany następny okresowy przegląd techniczny urządzenia. | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:** W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy