**Załącznik nr 1B do SWZ**

…………………………………….

(miejscowość, data)

………………………………..

(nazwa i adres wykonawcy)

1. W przypadku posiadania parametrów identycznych jak określa kolumna B, proszę wpisać w kolumnie C „TAK”
2. W przypadku posiadania parametrów wyższych/ lepszych niż określa kolumna B, proszę wpisać w kolumnie C wartość parametrów oferowanych.
3. Parametry określone w kolumnie B są warunkami granicznymi. W pierwszym wiersze w kolumnie B proszę wpisać wymagane dane.
4. Brak potwierdzenia przez wykonawcę spełnienia warunku granicznego skutkował będzie odrzuceniem ofert przetargowej.
5. Zamawiający zastrzega sobie również możliwość zwrócenia się do producenta oferowanego sprzętu medycznego, w celu potwierdzenia oferowanych parametrów technicznych.
6. Oferty, które nie spełniają wymagań Zamawiającego zostaną odrzucone jako niezgodne ze Specyfikacją Warunków Zamówienia.
7. Zamawiający zastrzega możliwość weryfikacji oferowanych parametrów za pośrednictwem ogólnodostępnych informacji zamieszczonych w Internecie, w tym zwrócenia się bezpośrednio do producenta w celu potwierdzenia określonej funkcjonalności.

Dotyczy: **Dostawa aparatu USG i EKG na potrzeby Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. ZP17/2025**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 2 – Aparat EKG z wózkiem - szt. 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aparat EKG z wózkiem szt.2** | | | | |
| **Opis parametrów wymaganych** | | | **Parametr oferowany** | |
| **Parametry wymagane** | | | | |
| A | B | C | |
|  | Nazwa oferowanego urządzenia: (proszę uzupełnić)  Producent: (proszę uzupełnić)  Typ: (proszę uzupełnić)  Rok produkcji: : (proszę uzupełnić) |  | |
|  | rejestracja odprowadzeń ekg: 12 standardowych | Potwierdzić: | |
|  | tryb wydruku: 1, 3, 6 lub 12 przebiegów ekg | Potwierdzić: | |
|  | drukowanie w układzie standardowym: 1, 3, 6 lub 12 kanałów | Potwierdzić: | |
|  | drukowanie w układzie cabrera: 3, 6 lub 12 kanałów | Potwierdzić: | |
|  | rodzaje badań: ręczne, auto, spiro, automatyczne do schowka, automanual, long | Potwierdzić: | |
|  | zapis automatyczny "do schowka": 12 odprowadzeń | Potwierdzić: | |
|  | zapis wsteczny: przy badaniu automatycznym do schowka i przy badaniu ręcznym | Potwierdzić: | |
|  | wydruk rytmu: przy badaniu auto | Potwierdzić: | |
|  | definiowalne etapy badania: przy badaniu automanual | Potwierdzić: | |
|  | zapis badania long: do pamięci od 1 minuty do 15 minut | Potwierdzić: | |
|  | szerokość papieru: 110 - 112 mm | Potwierdzić: | |
|  | ekran dotykowy min. 7cali | Potwierdzić: | |
|  | pamięć: 1000 pacjentów lub 1000 badań | Potwierdzić: | |
|  | ustawienia parametrów przebiegów: prędkość, czułość i intensywność wydruku | Potwierdzić: | |
|  | wydruk z bazy pacjentów: możliwość wydruku dodatkowych informacji o badaniu i pacjencie | Potwierdzić: | |
|  | klawiatura: membranowa alfanumeryczna z przyciskami funkcyjnymi | Potwierdzić: | |
|  | przeglądanie na wyświetlaczu: zapisanych w pamięci badań, z możliwością zmiany ilości odprowadzeń, wzmocnienia i prędkości | Potwierdzić: | |
|  | elektrody przyssawkowe epp v.001 | Potwierdzić: | |
|  | elektrody kończynowe klipsowe ekk v.001 | Potwierdzić: | |
|  | kabel zasilający | Potwierdzić: | |
|  | kabel ekgkekg 30 v.001 | Potwierdzić: | |
|  | wózek medyczny do aparatu | Potwierdzić: | |

*Wykonawca zobowiązany jest do wypełnienia tabeli.*

**Podpis składany jest w formie elektronicznej zgodnie z Rozdziałem 12 SWZ przez osobę upoważnioną do reprezentacji składającego oświadczenie**