**Załącznik nr 8 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.1.7.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 7**

A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena**  **jednostkowa**  *netto* | **Wartość**  *netto*  *6=4x5* | **Stawka VAT**  *%* | **Cena**  **jednostkowa**  *brutto*  *8=5+7* | **Wartość**  *brutto*  *9=6+7* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **1.** | **Aparat EKG** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** | | | | |  | **-** | **-** |  |

**B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi……………..miesięcy.**

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Aparat EKG – 1 szt. | | | | Typ ………………………....  Model …………………...  Producent…………………..  Kraj pochodzenia …… |
|  | Rok produkcji | 2023 | | |
|  | Certyfikat CE | | | |
|  | Aparat EKG z analizą i interpretacją badań dla pacjentów od 1 dnia życia na wózku jezdnym | | | |
|  | Równoczesna rejestracja 12 odprowadzeń | | | |
|  | Interpretacja badania zależna od wieku pacjenta podawanego w dniach, miesiącach i latach | | | |
|  | Klawiatura alfanumeryczna membranowa | | | |
|  | Klawiatura funkcyjna do bezpośredniego sterowania podstawowymi funkcjami aparatu | | | |
|  | Detekcja stymulatora serca | | | |
|  | Wbudowany ekran graficzny kolorowy min. 5,6”, umożliwiający jednoczesny podgląd 12 kanałów EKG | | | |
|  | 1. Pamięć wewnętrzna min. 1 500 badań | | | |
|  | Zapis na papierze o szerokości 110-112 mm | | | |
|  | Zapis w trybie manualnym | | | |
|  | Zapis w trybie automatycznym ( jednoczasowo lub czas rzeczywisty) | | | |
|  | Zapis wstecznego przebiegu EKG do 10 s | | | |
|  | Zapis do oceny arytmii do 10 minut w pamięci aparatu | | | |
|  | Zasilanie sieciowe i akumulatorowe, akumulator bezobsługowy wraz z ładowarką wbudowany wewnątrz aparatu | | | |
|  | Prędkość przesuwu papieru 5/10/25/50 mm/s | | | |
|  | Czułość 2,5/ 5 10/20 mm/mV | | | |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych 50/60 Hz | | | |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych 25/35 Hz | | | |
|  | Filtr adaptacyjny ( automatyczny ) | | | |
|  | Filtr linii izoelektrycznej (od 0,05 do 1,5 Hz) | | | |
|  | Interfejs komunikacyjny 2 x USB | | | |
|  | Możliwość rozbudowy o bezprzewodowa komunikację z komputerem, telefonem ( BLUETOOTH) | | | |
|  | Przetwornik A/C 24 bit | | | |
|  | Podgląd badania z pamięci aparatu z analizą bez konieczności wydruku | | | |
|  | Wydruk badania bezpośrednio na drukarce laserowej (papier biurowy A4) | | | |
|  | 1. Zapis i odczyt badań z PenDriva | | | |
|  | Automatyczny test aparatu | | | |
|  | Waga max 1,5 kg (bez wyposażenia); | | | |
|  | Komplet elektrod kończynowych klipsowych dla dorosłych - 4 szt. ; łączniki do elektrod jednorazowych - 6 szt.; elektrody jednorazowe dla dorosłych -200 szt.; elektrody kończynowe dla dzieci komplet - 4 szt.); elektrody piersiowe pod pas dla dzieci komplet - 6 szt.; pas piersiowy dla dzieci; komplet kabli; żel 0,5 l; papier min. 1 rolka; | | | |
|  | Informacje dodatkowe | | | |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilne z akcesoriami, fabrycznie nowe, po instalacji gotowe do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem | | | |
|  | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu | | | |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące | | | |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji) | | | |
|  | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca przekaże Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, paszport techniczny, kartę gwarancyjną oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów | | | |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | | | |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | | Częstotliwość przeglądów | |

C. Oświadczam, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

D. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………………………………………………*  *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania*  *Wykonawcy* |