**Zał. nr 1 do zaproszenia**

# OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Stacja centralnego nadzoru- 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis** | **Parametry oferowane** (podać) |
|  | Producent |  |
|  | Nazwa-model/typ |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Rok produkcji 2017 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **FUNKCJA/PARAMETR** | **WARUNEK GRANICZNY** | **PARAMETRY  OFEROWANE podać/opisać** |
|  | Komputer medyczny typu all-in-one z chłodzeniem konwekcyjnym, waga do 7kg, o poniższych parametrach:  - min. 4GB RAM, dysk min. 320GB;  - procesor min. 4 rdzenie  - ekran LED/TFT >21’’, rozdzielność 1920x1080  - ekran dotykowy z możliwością wyłączenie na panelu przednim  - ochrona min. IP65 dla panelu przedniego  - złącza USB 3.0 x2/VGA/HDMI/RS-232 x2/RJ-45 x2  - wbudowane podświetlenie klawiatury oraz głośniki  - win7 w j. polskim oraz interfejs oprogramowania medycznego także w j. polskim  - wewnętrzne zasilanie akumulatorowe umożliwiające awaryjne podtrzymanie pracy przez min. 30 min.  - zgodność z normą CE, UL60601-1/EN60601-1  - mysz, klawiatura oraz laserowa drukarka | TAK |  |
|  | Monitorowanie jednocześnie min. 8 stanowisk. Możliwość rozbudowy do max. 64 stanowisk. | TAK |  |
|  | **Wyświetlanie** – możliwość dostosowania kolejności monitorów przyłóżkowych, kolejności wyświetlania parametrów oraz ich ilości. Podgląd wszystkich krzywych oraz wartości cyfrowych z wybranego monitora przyłóżkowego. | TAK |  |
|  | Możliwość podglądu jednego pacjenta na całym ekranie. Możliwość ustawienia układu wyświetlanych łóżek. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie obliczeń dawkowania leków oraz obliczeń hemodynamicznych. | TAK |  |
|  | Wyświetlanie wyników automatycznego całodobowego pomiaru ciśnienia tętniczego. Prezentacja danych cyfrowa oraz w formie wykresu. | TAK |  |
|  | Podgląd min. 240 godzin wykresu krzywej EKG. Przegląd trendów wszystkich mierzonych parametrów z min. 24 godzin oraz min. 2000 wyników NIBP dla każdego monitorowanego pacjenta. | TAK |  |
|  | **Alarmy –** sygnalizacja alarmów optyczna oraz dźwiękowa. Alarmy podzielone na 3 kategorie z automatycznym zapisem informacji do późniejszego wglądu. Pamięć min. 2000 informacji o alarmach dla każdego pacjenta. | TAK |  |
|  | **Komunikacja dwukierunkowa –** możliwość regulacji limitów alarmowych dla wszystkich mierzonych parametrów w centrali oraz w kardiomonitorach z zapewnieniem widoku tych samych wartości. Start/stop dla pomiaru ciśnienia nieinwazyjnego z poziomu centrali. | TAK |  |
|  | Możliwość wyciszenia alarmów monitorów przyłóżkowych z poziomu centrali. | TAK |  |
|  | Możliwość przesyłania danych w formacie HL7. | TAK |  |
|  | Drukowanie raportów na żądanie:  - przebiegów EKG  - obliczeń hemodynamicznych oraz informacji o dawkowaniu leków  - listy trendów oraz listy wyników NIBP  - wyników automatycznego całodobowego pomiaru ciśnienia tętniczego | TAK |  |
|  | **INNE** |  |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 10 lat od dostawy | TAK |  |
|  | Czas reakcji serwisu w okresie gwarancji do 24 godzin od momentu zgłoszenia | TAK |  |
|  | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Podać (max 10 dni) |  |
|  | okres gwarancji **min. 24** miesiące, obejmującej przeglądy. Podać ilość wymaganych przeglądów i odstępy czasowe między przeglądami w okresie gwarancji i w okresie pogwarancyjnym | TAK  podać |  |
|  | Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim | TAK |  |

**……………………………………..**

**(podpis Wykonawcy)**

***zał. nr 2 do zaproszenia do***

***składania ofert***

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

/nazwa lub imię i nazwisko wykonawcy,

Adres, NIP, REGON/

**FORMULARZ OFERTY**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na *dostawę stacji centralnego nadzoru, znak postępowania: A.ZP-24-22/17,*  składam(y) poniższą ofertę:

**Cena netto za całość dostawy: ……………………………………….………zł *(zgodnie z pkt. 5 zaproszenia)***

**podatek VAT …..% ………………….zł**

**Cena brutto za całość dostawy: ……………………………..……………….zł *(zgodnie z pkt. 5 zaproszenia)***

( słownie:...................................................................................................... zł)

**W tym cena za stację centralnego nadzoru/1 szt.*:***

**netto: …………………………. zł**

**brutto: ………………………….. zł**

Na oferowany przedmiot zamówienia udzielam(y) następującej gwarancji: ………………….. miesięcy (*min. 24 miesięcy)*

Oświadczam(y), że oferowany sprzęt spełnia wszystkie wymagania zamawiającego zgodnie z załączoną do oferty specyfikacją techniczną urządzenia.

Oferowany sprzęt dostarczę(my) w terminie do dnia **30.10.2017 r.**

**Informacja dotycząca warunków serwisowania sprzętu w okresie gwarancji jak i w okresie pogwarancyjnym (w tym wykaz podmiotów wykonujących czynności serwisowe) :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………..…………….**

**…………………………………………………………………………………..…………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………..……….**

**…………………………………………………………………………………………………..…………….**

**………………………………………………………………………………………….....………………….**

**………………………………………………………………………………………………..……………….**

**…………………………………………………………………………………………………………..…….**

Oświadczam(y), iż zapoznałem(liśmy) się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę(simy) do nich żadnych zastrzeżeń.

Oświadczam(y), że posiadam(y) niezbędne uprawnienia, kwalifikacje, wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.

Oświadczam(y), że akceptuję(my) 21-o dniowy termin płatności faktury zatwierdzonej przez Zamawiającego.

Oświadczam(y), że będę(my)/nie będę(my)\* korzystać z podwykonawców.

Oświadczam(y), iż powierzam(y) podwykonawcy(om): .......................................................................................................................

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

*(nazwa/firma podwykonawcy/ów)*

następujący zakres rzeczowy\*:

…………………………………………….……………….………………………………………………….

………………………………………………………………..……………………………………………….

………………………………………………………..……………………………………………………….

Oświadczam(y), że akceptuję(my) wzór umowy, stanowiący załącznik nr 3 do zaproszenia.

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Ades: |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

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

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

*Miejscowość ............................, dnia .................................... r.*

***\**** *niepotrzebne skreślić*