**Załącznik nr 1**

|  |
| --- |
| **Formularz cenowy**  |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość**  | **Opis oferowanego wyposażenia****(nazwa, typ, model lub symbol katalogowy, producent) \*)** | **Cena jednostkowa brutto****PLN \*)** | **Wartość brutto****PLN \*)** |
| **I** | **Aparat EKG wraz z oprogramowaniem** **Miejsce dostawy i instalacji:** [**ZAKŁAD FIZJOLOGII**](http://www.umb.edu.pl/wl/zaklad-fizjologii)**, ul. Mickiewicza 2c, 15-222 Białystok** | **1 zestaw** |  |  |  |

**Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną z art. 13 RODO, zamieszczoną na stronie:** [**http://zamowienia.umb.edu.pl/**](http://zamowienia.umb.edu.pl/)

 ………………………………..

 *(podpisy i pieczątki upełnomocnionego (-ych) przedstawiciela (-li) firmy Wykonawcy)* \*)

 ...…………………...…………

 *Akceptacja (podpis i pieczątka)*

*Kierownika Zakładu UMB (lub osoby upoważnionej)* \*\*)

**\*) wypełnia Wykonawca**

\*\*) wypełnia Zamawiający

# Załącznik nr 2

# OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Dostawa wraz z rozładunkiem, wniesieniem oraz dostarczeniem instrukcji stanowiskowej
dla Zakładu Fizjologii UMB

– Aparat EKG wraz oprogramowaniem – 1 zestaw

Wymaganie parametry techniczne\*)

|  |
| --- |
| Nazwa i adres Wykonawcy\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Typ\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Model\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Rok produkcji: 2020Producent\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj producenta\*\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Lp.** | **Opis wymaganego parametru:** |
|  | **Ekran** graficzny o rozdzielczości min. 128 × 64 punktów |
|  | **Klawiatura** kombinowana alfanumeryczna i funkcyjna |
|  | **Kontrola kontaktu elektrod** |
|  | **Interfejs min.**  RS232, konwerter USB |
|  | **Ilość kanałów min. 3** |
|  | **Ilość odprowadzeni min.** 12 |
|  | **Ilość wyświetlanych odprowadzeni co najmniej 1** |
|  | **Ilość drukowanych odprowadzeń min. 1, 3** |
|  | **Rejestracja w trybie automatycznym co najmniej:** rzeczywisty, synchro |
|  | **Detekcja kardiostymulatorów** |
|  | **Czułość co najmniej:** 2.5, 5, 10, 20 mm/mV |
|  | **Ilość badań w pamięci aparatu min. 6** |
|  | **Długi zapis EKG co najmniej 9 min.** |
|  | **Filtr zakłóceń sieciowych** 50–60 Hz |
|  | **Filtr zakłóceń mięśniowych min.** 35, 25 Hz |
|  | **Filtr izolinii min.** 0,05 Hz (3,2 s), 0,11 Hz (1,5 s), 0,25 Hz (0,6 s), 0.50 Hz (0,3 s),1,50 Hz (0,1 s) |
|  | **Ilość profili w trybie automatycznym i ręcznym min. 3** |
|  | **Ilość profili długiego EKG min. 3** |
|  | **Częstotliwość wzorcowa w zakresie co najmniej:** 0.05 – 150 Hz |
|  | **Rozdzielczość wzorcowa nie gorsza niż:** 3.9 μV |
|  | **Przetwarzanie analogowo-cyfrowe A/D min.** 13 bitów |
|  | **Częstotliwość próbkowania** |
|  | **Częstotliwość próbkowania nie gorsza niż:** 2 000 Hz |
|  | **Detekcja kardiostymulatora nie gorsza niż:** 100 μs / 40 000 Hz |
|  | **Zakres dynamiki nie gorszy niż:** 15.9 mV |
|  | **Polaryzacja napięcia nie gorsza niż:** ± 400 mV |
|  | **Max. zgodność napięcia co najmniej:** ± 5 V |
|  | **Impedancja wejściowa co najmniej:** 20 MOhm |
|  | **łumienie sygnału współbieżnego co najmniej** 100 dB |
|  | **Wydajność akumulatora do min. 75 min.** |
|  | **Czas ładowania akumulatora maks. 3 godziny** |
|  | **Oprogramowanie**  |
|  | **Wydruk** na standardowym papierze 58 mm |
|  | **Waga** maks. 2 kg |
|  | **Zasilanie** 230 V, 50–60 Hz |
| **Wymagania dodatkowe** |
|  | Oferowane zestaw kompletny, gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. |

**Wymagania ogólne\*)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gwarancja na przedmiot zamówienia wraz z wyposażeniem minimum **24 miesięcy.** Czas przestoju (naprawy) powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas trwania tej naprawy. Wszystkie koszty związane z wykonywaniem gwarancji, o której mowa powyżej (w tym koszty części zamiennych oraz praca i dojazd zespołu serwisowego w okresie gwarancyjnym) obciążają Wykonawcę. |
|  | Wymiana całego podzespołu na nowy po 3 naprawach gwarancyjnych tego podzespołu. |
|  | Bezpłatne przeglądy gwarancyjne zawarte w cenie (jeśli producent wymaga w celu zachowania gwarancji urządzeń) |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum w ciągu 3 dni roboczych od potwierdzonego zgłoszenia usterki (soboty, niedziele i dni świąteczne ustawowo wolne od pracy nie są dniami roboczymi).  |
|  | Wykonawca zapewni montaż sprzętu przez serwis. |
|  | Dostawa, rozładunek, wniesienie sprzętu oraz dostarczenie instrukcji stanowiskowej zawarte w cenie. |
|  | Instrukcja stanowiskowa (dopuszcza się instrukcję obsługi) w języku polskim dołączona do dostawy. |
|  | Materiały informacyjne oferowanego sprzętu w języku polskim. |
|  | Sprzęt dopuszczony do obrotu na terytorium RP, posiadający wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, atesty, deklaracje, itp. oraz spełniający wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi. Wykonawca zobowiązuje się do przedstawienia zamawiającemu, na każde żądanie, dokumentów potwierdzających spełnienie w/w wymogów. |

**Nazwa, adres, osoba do kontaktu, nr tel./fax serwisu gwarancyjnego) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

………………………………..

 *(podpisy i pieczątki upełnomocnionego (-ych) przedstawiciela (-li) firmy Wykonawcy)* \*)

 ...…………………...…………

 *Akceptacja (podpis i pieczątka)*

*Kierownika Zakładu UMB (lub osoby upoważnionej)* \*\*)

**\*) Niespełnienie któregokolwiek warunku skutkuje odrzuceniem oferty.**

**\*\*) Wypełnia Wykonawca.**

# Załącznik nr 3

# WARUNKI GWARANCJI I SERWISU GWARANCYJNEGO

Dostawa wraz z rozładunkiem, wniesieniem oraz dostarczeniem instrukcji stanowiskowej
dla Zakładu Fizjologii UMB

–Aparat EKG wraz oprogramowaniem – 1 zestaw

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Warunki gwarancji serwisu | Warunki oferowane \*) | Ocena\*\*)w pkt. |
|  | Okres gwarancji nasprzęt z wyposażeniem **(wymagany nie krótszy niż 24 miesiące):**1. **24 miesiące – 0 pkt**
2. **36 miesięcy – 10 pkt**
3. **48 miesięcy – 20 pkt**
 |  |  |
|  | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny (wymagany nie dłuższy niż 3 dni od zgłoszenia):1. **3 dni od zgłoszenia – 0 pkt**
2. **2 dni od zgłoszenia – 5 pkt**
3. **1 dzień i krócej – 10 pkt**
 |  |  |

………………………………..

 *(podpisy i pieczątki upełnomocnionego (-ych) przedstawiciela (-li) firmy Wykonawcy)* \*)

 ...…………………...…………

 *Akceptacja (podpis i pieczątka)*

*Kierownika Zakładu UMB (lub osoby upoważnionej)* \*\*)

\*) wypełnia Wykonawca

\*\*) wypełnia Zamawiający