DZP/381/6/EAT/2018

Załącznik nr 1

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

pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA**

**dla Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

Nazwa wykonawcy ................................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................

REGON .................................................. NIP .......................................................................

Tel. ....................................................... fax ........................................................................

Internet ................................................ e-mail ...................................................................

Osoba do kontaktów .......................................................................................................

Ubiegając się o zamówienie publiczne na **dostawę rejestratorów Holter EKG (3 szt.) oraz rejestratorów Holter RR (3 szt.),** oferujemy realizację całości zamówienia za następującą cenę:

cena netto ......................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

Cena ofertowa brutto: ........................... zł

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

w tym:

Holter EKG

cena netto ......................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

Cena brutto: ........................... zł

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

Holter RR

cena netto ......................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

Cena brutto: ........................... zł

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

**Termin realizacji zamówienia:** do 4 tygodni od daty podpisania umowy

Oświadczamy, że:

- zawarta w Zaproszeniu treść projektu umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,

- oferowane aparaty są zgodne z opisem zawarty w Zaproszeniu do składania ofert,

- Załącznikami do niniejszej oferty są *(wymienić wszystkie załączniki)* :

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

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

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej/

osób uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

DZP/381/6/EAT/2018

Załącznik nr 2

**WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNO-UŻYTKOWE  
oferowanych rejestratorów EKG i rejestratorów RR**

**Producent: ................................... Nazwa i typ: ...........................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | * 1. **Opis parametrów** | **Wymagane parametry** | **Oferowane parametry** |
| **Rejestrator Holter EKG** | | **3 szt.** |  |
|  | zapis 3-kanałowy z 7 elektrod, 24, 48 godzinny | TAK |  |
|  | detekcja rozrusznika serca | TAK |  |
|  | zapis danych na karcie pamięci bez kompresji | TAK |  |
|  | wyświetlacz graficzny prezentujący zapis EKG z wybranego odprowadzenia | TAK |  |
|  | wbudowany zegar czasu rzeczywistego | TAK |  |
|  | możliwość transmisji EKG on-line poprzez IrDA | TAK |  |
|  | ocena jakości przygotowania pacjenta | TAK |  |
|  | rejestracja zdarzeń pacjenta - przycisk EVENT | TAK |  |
|  | dane pacjenta zapisywane na karcie pamięci wraz z danymi EKG | TAK |  |
|  | zasilanie maks. 2 baterie 1,5V (AA) lub akumulatory | TAK |  |
|  | wymiary maks.: 135x100x30 mm | TAK |  |
|  | na wyposażeniu: torba na rejestrator, kabel EKG 7 -odprowadzeniowy, elektrody jednorazowe min. 50 szt. | TAK |  |
|  | urządzenia kompatybilne z posiadanym przez Zamawiającego oprogramowaniem Holcard 24W | TAK |  |

**Producent: ................................... Nazwa i typ: ...........................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | * 1. **Opis parametrów** | **Wymagane parametry** | **Oferowane parametry** |
| **Rejestrator Holter RR** | | **3 szt.** |  |
|  | zapis 24 godzinny | TAK |  |
|  | minimalny zakres mierzonego ciśnienia: 0 do 280 mm Hg | TAK |  |
|  | automatyczne dobieranie ciśnienia | TAK |  |
|  | pomiar na żądanie - przycisk EVENT | TAK |  |
|  | zasilanie maks.: 4 baterie1,5V AA lub akumulatory (do tygodnia pracy lub 500 badań) | TAK |  |
|  | nieograniczony czas przechowywania badań w pamięci | TAK |  |
|  | wewnętrzny zegar czasu rzeczywistego | TAK |  |
|  | wyświetlacz z możliwością odczytu co najmniej ostatniego badania | TAK |  |
|  | sygnalizacja wyczerpania baterii (akumulatorów) | TAK |  |
|  | klawiatura funkcyjna | TAK |  |
|  | gniazdo zewnętrzne USB do komunikacji z PC | TAK |  |
|  | wymiary rejestratora maks.: 95 x 40 x 95 mm | TAK |  |
|  | na wyposażeniu kabel połączeniowy USB, mankiet dla dorosłych 3szt. rozmiar średni, torba na rejestrator z pasem | TAK |  |
|  | urządzenia kompatybilne z posiadanym przez Zamawiającego oprogramowaniem Holcard 24W | TAK |  |
| **Gwarancja i serwis** | | |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | TAK |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 48 godzin (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji. | TAK |  |
|  | Certyfikat CE (dokumenty załączyć) | TAK |  |
|  | Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem)- 2 szt. | TAK |  |
|  | Aparaty fabrycznie nowe – rok produkcji 2018 | TAK |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych min. 10 lat | TAK |  |

podpis i pieczęć osoby uprawnionej/

osób uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy