**Załącznik nr 2 do umowy AAM/2018/EL/3992**

## Formularz wymaganych warunków technicznych

*Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. dostawa Zestawu do pomiaru ciśnienia na kostce i paluchu na potrzeby Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej WUM (1W9) znak sprawy: AAM/2018/EL/3992 , oferujemy dostawę sprzętu spełniającego poniższe wymagania:*

| **Lp** | Parametrlub opis wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia | **Wymagana funkcjonalność, graniczna wartość parametru,**  | **Tak / Nie****i/ lub****Oferowane wartości**  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | 2 | **3** | **4** |
| ***Zestaw do pomiaru ciśnienia na kostce i paluchu*****1 szt.** |
| **Producent (marka) ……………………………….……………………………………………….……** **Model ………………………………………………………..……….…………….………..………..…** **Numer katalogowy ………………………………………….……..…….…………...…( jeżeli dotyczy)****Kraj pochodzenia...…………………… ….………………..………………………………..****Rok produkcji nie wcześniej niż 2018 ……………………………………………….. (Należy podać)** |
|  | **Cechy ogólne**  |
|  | Cechy ogólne  | układ wyznaczania wskaźnika kostka, paluch – ramię | *Tak/ Nie* |
|  | cyfrowy Doppler dwukierunkowy, głowica i akcesoria | *Tak/ Nie* |
|  | jednostka podstawowa z kolorowym wyświetlaczem o wysokiej rozdzielczości umożliwiającym szeroki kąt widzenia, z cyfrowym systemem dynamicznej redukcji szumów (DDNR) i żelowym filtrem szumów | *Tak/Nie* |
|  | wyświetlacz umożliwiający prezentację krzywych prędkości przepływu krwi, dwukierunkowe krzywe prędkości przepływu krwi generowane w czasie rzeczywistym (możliwość diagnostyki naczyń o bardzo słabym przepływie) | *Tak/Nie* |
|  | funkcja przewijania umożliwiająca przeglądanie długotrwałego badania, | *Tak/Nie* |
|  | dwa tryby badania dla tętnic i żył | *Tak/Nie* |
|  | zapis badań na karcie pamięci micro SD,  | *Tak/Nie* |
|  | zapis krzywych przepływu krwi wraz z dźwiękiem (możliwość przeglądu zapisanych danych w późniejszym czasie lub wytransferowane do oprogramowania w celu pogłębionej analizy), | *Tak/Nie* |
|  | wyposażony w port USB dla ładowania oraz wymiany danych z systemem komputerowym | *Tak/Nie* |
|  | moduł Bluetooth i standardowe złącze słuchawek stereo | *Tak/Nie* |
|  | automatyczne dodawanie znacznika daty i czasu do każdego zapisanego badania, | *Tak/Nie* |
|  | współpraca z nowymi głowicami XS oraz z głowicą PPG umożliwiającą pomiary ciśnienia na paluchu | *Tak/Nie* |
|  | sonda pletyzmograficzna (APPG) podłączana za pomocą zintegrowanego adaptera z możliwością łatwej wymiany na sondę standardową | *Tak/Nie* |
|  | Akcesoria | szerokowiązkowa sonda 8MHz | *Tak/Nie* |
|  | Sonda pletyzmograficzna APPG | *Tak/Nie* |
|  | Mankiety na palucha | *Tak/ Nie* |
|  | Mankiety kostka/ramię (standardowe i szerokie, bez lateksu) | *Tak/ Nie* |
|  | Ciśnieniomierz z szybkim upustem powietrza | *Tak/Nie* |
|  | Walizka transportowa | *Tak/ Nie* |
|  | **Gwarancja i warunki serwisu** |
|  | Produkt medyczny. Poświadczenie, że dany produkt spełnia wszystkie wymagania dyrektyw nowego podejścia oraz przeszedł pomyślnie procedurę oceny zgodności jak również że spełnia wymagania określone w: * ustawie z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. Nr 107, poz. 679 ze zm.),
* rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 05 listopada 2010 r. w sprawie sposobu klasyfikowania wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 215, poz. 1416),
* rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 12 stycznia 2011 r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 16, poz. 74),
* rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 23 września 2010 r. w sprawie wzoru znaku CE (Dz. U. Nr 186, poz. 1252),

dyrektywie Rady 93/42/EWG z 14.06.1993 r. dotyczącej wyrobów medycznych | Wymaga się, aby zaoferowany produkt posiadał:* Deklarację zgodności WE,
* Instrukcję Obsługi w j. polskim
* Zgłoszenie lub wpis do „Rejestru Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych”

*(kopie ww. dokumentów należy przedłożyć wraz z urządzeniem w dniu dostawy)*oraz * oznaczenie znakiem CE
 | Tak / Nie |

…………………………………………..

 *(miejscowość, data)*

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

*(podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionej*

*do występowania w imieniu Wykonawcy)*