***AAM/2021/EL/119/1WI/2021***

Załącznik nr 2 *po zmianie*

**FORMULARZ WYMAGANYCH WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

Składając ofertę w postępowaniu oferujemy dostawę *aparatów do mierzenia ciśnienia tętniczego* z niezbędnym wyposażeniem spełniającym poniższe wymagania:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Opis parametrów | **Wymagane minimalne parametry techniczne** | Parametry techniczne oferowane |
| **1** | 2 | **3** | 4 |
| Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego z wyposazeniem, ilość 6 kpl. |
| **Producent (marka) …………………………………………………………..………………………… *(Należy podać)*****Model ………………………………………………………………………………………..………..… *(Należy podać)*****Rok produkcji (nie wcześniej niż 2021 r.) …………………...…….. *(Należy podać)*****Fabrycznie nowe urządzenie** |
|  | Aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego | z możliwością dostosowania ciśnienia podczas pompowania mankietu | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Walidacja | Posiada walidację dla dzieci (AAMI/ESH/ISO 2018 lub ANSI/AAMI/ISO 2013 lub 2009 lub ESH-IP 2010) lub równoważne zgodnie z rekomendacjami Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego ([www.stridebp.org](http://www.stridebp.org))  | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Zakres pomiaru | od 40 do 200 uderzeń/min.Ciśnienie skurczowe: 60 do 250 mm HgCiśnienie rozkurczowe: 40 do 200 mm Hg | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Dokładność pomiaru | ± 5% odczytu, ± 3 mmHg | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Współpraca z mankietami  | o rozmiarach w zakresie od 12 cm do 50 cm,mankiet typu SS, S, M, L, XL | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Tryby pracy | automatyczny metodą oscylometryczną | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Automatyczne wykrywanie arytmii | wymagane | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Wyłączanie automatyczne | wymagane | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Wyświetlacz | ~~podświetlany~~  wymagany | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Obudowa | wytrzymała, odporna na wstrząsy | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Zasilanie | bateryjne | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Masa ciśnieniomierza | maks. 600g | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Oznaczenie CE | wymagane | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Wyrób medyczny | wymagane | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Wyposażenie  | - mankiet SS o rozmiarze 12-18 cm,- mankiet S o rozmiarze 17-22 cm,- mankiet M o rozmiarze 22-32 cm,- mankiet L o rozmiarze 32-42 cm- mankiet XL o rozmiarze 42-50 cm- zasilacz- instrukcja obsługi | *.............................**Tak/Nie* |
|  | Gwarancja | Min. 36 m-ce | *………………..* *Należy podać* |

**

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

 miejscowość, data) (podpis osób uprawnionych do wystąpienia w imieniu wykonawcy)