|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Uroflowmetr – 1 zestaw**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Typ przetwornika: cyfrowy, wagowy | Tak, podać |  |
|  | Częstotliwość próbkowania minimum 20 Hz  | Tak, podać |  |
|  | Skala minimum: 0 – 25, 0 – 50 ml/sek  | Tak, podać |  |
|  | Dokładność minimum : +/- 0,75 ml/sek (w skali 0-25), +/- 1,5 ml/sek (w skali 0-50)  | Tak, podać |  |
|  | Czas oczekiwania: 30, 60, 120, 180 sek, bez limitu (zakres minimalny) | Tak, podać |  |
|  | Czas autostop: 30, 60, 120, 180 sek, bez limitu (zakres minimalny) | Tak, podać |  |
|  | Cechy specjalne : automatyczne wykrywanie i usuwanie artefaktów | Tak, podać |  |
|  | Typ przetwornika : cyfrowy, wagowy | Tak, podać |  |
|  | Zakres skali minimum: 250, 500, 1000 ml  | Tak, podać |  |
|  | Zakres pomiaru: do 3000 ml maksimum | Tak, podać |  |
|  | Cechy specjalne : automatyczne wykrywanie i korekta artefaktów | Tak, podać |  |
|  | Przetwornik przepływu: 4 baterie typu AA 1,5 V | Tak, podać |  |
|  | W zestawie zasilacz sieciowy | Tak, podać |  |
|  | Zasięg działania w przestrzeni otwartej minimum: 50 m  | Tak, podać |  |
|  | Zasięg działania W pomieszczeniach minimum: średnio 15 - 20 m | Zasięg działania > 20 m – 20 pktZasięg działania 15-20 m – 0 pkt |  |
|  | Regulowany statyw na przetwornik (do mikcji w pozycji stojącej) | Tak, podać |  |
|  | Lejek wielokrotnego użytku | Tak, podać |  |
|  | Plastikowy pojemnik na mocz, wielokrotnego użytku | Tak, podać |  |
|  | Krzesło mikcyjne o regulowanej wysokości (do mikcji w pozycji siedzącej) | Tak, podać |  |
|  | CD z programem do bazy danych i badań oraz do komunikacji bezprzewodowej, z polską wersją językową | Tak, podać |  |
|  | Nadajnik / odbiornik USB Bluetooth do komputera (zasięg min. 15-20 metrów) | Tak, podać |  |
|  | Możliwość dodawania kolejnych uroflowmetrów i bezprzewodowejich obsługi z jednego komputera | Tak, podać |  |
|  | Program może być wgrywany do wielu komputerów co oznacza, że mikcja może być odczytywana z różnych miejsc, ale tylko przez jeden, aktualnie wybrany komputer. | Tak, podać |  |
|  | Wydruk raportów w kolorze lub czarno/biały na papierze formatu A4 | Tak, podać |  |
|  | Potrącenie uroflowmetru czy zdjęcie/ postawienie pojemnika nie spowoduje uruchomienia pomiaru. Artefakty wykryte w czasie mikcji są wykluczane z kalkulacji wyników. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość zaprogramowania godzin automatycznego włączania/wyłączania się uroflowmetru we wszystkich kolejnych dniach tygodnia | Tak, podać |  |
|  | Program do ustawiania przebiegu i wizualizacji badania (ilość krzywych, skala, czas oczekiwania przed i po mikcji, obliczanie nomogramów itd..) | Tak, podać |  |
|  | Kompletna dokumentacja dla NFZ. Rejestracja danych pacjenta i wyników badania (raportu), program do archiwizacji danych, program diagnostyczny z wykresami krzywej przepływu i objętości, zbiór danych cyfrowych badania zgodny z ICS. Możliwość zapisu raportów w formacie .PDF | Tak, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje****(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |  |  |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | Tak, podać 48 miesięcy – 20 pkt36 miesięcy – 10 pkt24 miesiące – 0 pkt |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 24 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:a. niewymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, urządzenie oraz przeprowadzi instruktarz obsługi i konserwacji w cenie oferty. | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z urządzeniem uzupełnionego paszportu technicznego o dane identyfikujące urządzenie (m.in. numer seryjny, rok produkcji, model, producent). | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w  oferowanej konfiguracji.

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy