**OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**APARAT EKG – 1 szt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje wymagane)** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | **Aparat EKG -** Fabrycznie nowy, nie powystawowy, nie był używany, kompletny, rok produkcji 2022 | Tak, podać |  |
| 2 | Nazwa – Model/typ/numer katalogowy | Tak, podać |  |
| 3 | Producent | Tak, podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Tak, podać |  |
| 1. ***Charakterystyka techniczna*** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Analiza i interpretacja zapisu EKG z uwzględnieniem wieku pacjenta w latach, miesiącach i dniach zgodnie z normą EN:60601-2-51 lub równoważną. | Tak, podać |  |
| 2 | Zapis ręczny i automatyczny. | Tak, podać |  |
| 3 | Klawiatura alfanumeryczna. Zamawiający dopuszcza czytelny dotykowy ekran LED, z klawiaturą alfanumeryczną i funkcyjną wyświetlaną na ekranie | Tak, podać |  |
| 4 | Opis klawiszy funkcyjnych, klawiatury oraz komunikaty w języku polskim. Zamawiający dopuszcza opis klawiszy funkcyjnych, klawiatury oraz komunikaty w języku polskim wyświetlane na ekranie aparatu | Tak, podać |  |
| 5 | Zasilanie sieciowe + akumulator bezobsługowy z budowaną ładowarką zapewniającą pracę aparatu przy całkowicie wyładowanym akumulatorze. | Tak, podać |  |
| 6 | Liniowa głowica termiczna. | Tak, podać |  |
| 7 | Czułość 2,5/5/10/20 mm/mV. | Tak, podać |  |
| 8 | Prędkość zapisu 25/50 mm/sek. | Tak, podać |  |
| 9 | Częstotliwość próbkowania min. 1000Hz na kanał. | Tak, podać |  |
| 10 | Zapis 3,6 i 12 kanałowy. | Tak, podać |  |
| 11 | Filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego. | Tak, podać |  |
| 12 | Sygnalizacja braku kontaktu elektrod. | Tak, podać |  |
| 13 | Wyposażenie: kabel sieciowy, kabel pacjenta, pas piersiowy i elektrody (6szt.) pod pas dla dorosłych, elektrody kończynowe 4 szt. łączniki do elektrod jednorazowych 10 szt, elektrody przedsercowe (6 szt). | Tak, podać |  |
| 14 | Ekran graficzny min. 7 cali z możliwością wyświetlenia minimum 6 kanałów EKG w czasie rzeczywistym. | Tak, podać |  |
| 15 | Wózek do umieszczenia i przewożenia aparatu EKG. | Tak, podać |  |
| ***B. Gwarancja*** | | | |
| 1 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |