**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ WYMAGANYCH WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

*– wniosek 2021/EL/121*

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Dostawa aparatów do oceny fenotypu naczyniowego** oferujemy wykonanie zamówienia, spełniającego poniższe wymagania:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Opis parametrów | **Wymagane minimalne parametry techniczne** | Parametry techniczne oferowane |
| **1** | 2 | **3** | 4 |
| Aparat do oceny fenotypu naczyniowego ilość 6 szt. | | | |
| **Producent (marka) …………………………………………………………..………………………… *(Należy podać)***  **Model ………………………………………………………………………………………..………..… *(Należy podać)***  **Rok produkcji (nie wcześniej niż 2020 r.) …………………...…….. *(Należy podać)***  **Fabrycznie nowe urządzenie** | | | |
|  | Aparat do pomiaru fenotypu naczyniowego | metoda pomiaru oscylometryczna | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | metoda pomiaru dostosowana dla dzieci i pacjentów otyłych | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | umożliwiający pomiar następujących parametrów układu krążenia:  - aortalna (szyjno-udowa) prędkość fali tętna (aPWV),  - ciśnienie centralne (AoBP) w tym skurczowe ciśnienie centralne AoSBP  - wskaźnik wzmocnienia (AI),  - ciśnienie wzmocnienia (AP),  - całkowity opór obwodowy (TPR),  - objętość wyrzutowa (SV),  - pojemność minutowa (CO),  - wskaźnik przepływu wieńcowego (SEVR)  - ocena funkcji śródbłonka naczyniowego (FMD lub badanie porównywalne) | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | zwalidowany do stosowania u dzieci w oparciu o dostępne piśmiennictwo |  |
|  | dla którego dostępne są uznane polskie lub europejskie normy pediatryczne umożliwiające analizę statystyczną uzyskanych wyników | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | przenośny | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | przystosowany do obsługi za pomocą komputera stacjonarnego lub przenośnego z systemem operacyjnym MS Windows (oprogramowanie w użyciu Zamawiającego) | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | z kompletem wymaganych przewodów | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | Pomiar prędkości fali tętna | równoczesny pomiar fali tętna na tętnicy szyjnej i udowej | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | Dokładność pomiaru (w tym ciśnienia) | ≤ 5% | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | Czas pojedynczego badania | < 10 minut | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | Zakres ciśnienia tętniczego | 50 – 250mmHg lub większy  skok maks. 5 mm Hg | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | Zasilanie | za pomocą dołączenia do urządzenia komputerowego przez kabel USB (nie wymaga zasilania dodatkowego) | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | Długość przewodu zasilającego | min. 2,0 m | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | Wymiary aparatu | maksymalnie (20 x 20 x 20) cm | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | Masa aparatu | maks. 1,0 kg | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | Backup danych z bazy | wymagany | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | System zapisu pomiarów, danych, raportów pacjenta | zapewnia eksport w pliku formatu pdf i xls (xlsx) lub w formacie kompatybilnym z plikiem xls (xlsx), lokalnie (PC) lub w sieci | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | Oznaczenie CE | wymagane | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | Wyrób medyczny | wymagane | *.............................*  *Tak/Nie* |

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

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