**Opis przedmiotu zamówienia**

**Zadanie** - System do telerehabilitacji kardiologicznej

**Rozdział nr I -** *Parametry techniczne i eksploatacyjne*

| **LP** | **Opis parametru** | **Parametr / wartość / ilość** | **Parametr oferowany** | **SPOSÓB OCENY** | **Nr strony oferty potwierdzającej parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Aparat do telerehabilitacji** |  |  |  |  |
|  | Aparaty zapewniają cyfrową transmisję danych, realizowaną bezprzewodowo poprzez wbudowany w urządzenie moduł GSM/GPRS, do oferowanego systemu telemedycznego | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Aparaty teleEKG zapewniają automatyczną, bezprzewodową współpracę z wybranymi modułami zewnętrznymi do pomiaru ciśnienia tętniczego i masy ciała | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Aparaty zapewniają synchroniczny zapis EKG do wbudowanej pamięci z minimum 7 odprowadzeń (6 odprowadzeń kończynowych + 1 dowolnie wybrane przedsercowe) z możliwością zdalnej zmiany konfiguracji na 3 przedsercowe dowolnie wybrane – spośród V1, V2, V3, V4, V5 lub V6, pozyskany za pomocą 5 elektrod | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Aparaty zapewniają monitoring pracy serca w warunkach normalnej aktywności życiowej umożliwiający przeprowadzenie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach domowych, a następnie automatyczne wysłanie badań do systemu telemedycznego | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Wbudowany w urządzenie moduł komunikacji głosowej GSM, umożliwiający połączenie głosowe z pacjentem poprzez wbudowany głośnik lub zestaw słuchawkowy | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Możliwość zdalnej konfiguracji (z poziomu systemu telemedycznego) parametrów takich jak: długość zapisu EKG, czas ćwiczeń, czas odpoczynku, ilość cykli rehabilitacji | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Wbudowana pamięć zapewniająca zapis minimum 25 minut EKG, w przypadku gdy transmisja GPRS nie jest możliwa | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Badanie EKG zapisane w pamięci musi zawierać informacje o dacie i godzinie rejestracji, numerze sesji rehabilitacji, kategorii badania, numerze badania w cyklu | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Automatyczne kasowanie badania EKG z wbudowanej pamięć,i po otrzymaniu potwierdzenia, że badanie zostało odebrane i zarejestrowane przez system telemedyczny | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Automatyczna synchronizacja czasu w aparacie poprzez sieć internet | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Możliwość wykonania dodatkowych badań EKG w trakcie ćwiczenia i odpoczynku przez pacjenta (w trakcie trwania sesji rehabilitacji) | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Wbudowana geolokalizacja określająca położenia pacjenta z chwilą wykonywania badania, na podstawie GPS i/lub GLONASS | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Częstotliwość próbkowania badania EKG - 250 próbek / sekundę (lub wyższa)  | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Czułość próbkowania badania EKG: min. 10 bitów / próbkę | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Wbudowana antena GSM niedostępna dla pacjenta  | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Zakres częstotliwości: min. 0,05 – 100 Hz | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | CMRR: powyżej 75 dB | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Wbudowana sygnalizacja świetlna i dźwiękowa informująca o stanach pracy takich jak: ładowanie, rozładowanie akumulatora, transmisja, zapis badania EKG, ćwiczenie, odpoczynek | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Czas pracy na jednym ładowaniu akumulatora, po pełnym naładowaniu akumulatora, umożliwiający wykonanie 3 sesji o długości min 40 minut i czas czuwania (gotowości do pracy) min. 2 dni  | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Aparaty są wyrobami medycznymi i posiadają deklaracje wytwórcy (deklaracja zgodności CE) o spełnieniu wymagań  | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Aparaty są zgodne z wymaganiami wobec sprzętu używanego do kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej określonej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 16.12.2016 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807, 1860, 1948 i 2138) | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | **Ruter do zbierania pomiarów z urządzeń zewnętrznych** |  |  |  |  |
|  | Czas pracy: do min. 24 godzin przy 10 transmisjach na dzień | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | **Rozwiązanie nr 1**Wbudowana pamięć – min. 2GB (karta microSD) do 1000 pomiarów ciśnienia, masy ciała i saturacji (niezależnie)Lub**Rozwiązanie nr 2** bez wbudowanej karty microSD, posiadającego pamięć w module GSM  | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Komunikacja z urządzeniami zewnętrznymi: bezprzewodowa, poprzez wbudowany cyfrowy moduł Bluetooth 2.0/3.0 lub 4.0 | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Typ transmisji: Przez wbudowany zintegrowany moduł Bluetooth 2.0/3.0 | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | MOC TRANSMISJI BLUETOOTH (MOCPROMIENIOWANA): <10mW | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | PRĘDKOŚĆ TRANSMISJI: Do 3Mbit /s | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | TRANMISJA DANYCH: Bezprzewodowa, poprzez wbudowany cyfrowy czterozakresowy moduł GSM/GPRS klasy 12, pracujący w pasmach: 850/900/1800/1900 MHz | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | MOC TRANSMISJI GSM (MOC PROMIENIOWANA): <2W | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | PRĘDKOŚĆ TRANSMISJI GSM/GPRS: Do 40kbit/s | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Wbudowany akumulator Li-Po 3.7V 980mAhŁadowanie z sieci 110-230V/50Hz AC poprzez złącze micro-USB wyłącznie z zasilacza sieciowego o ograniczonej mocy wyjściowej 10W, odseparowanego od sieci elektrycznej, zgodnie z zaleceniami normy lub rozwiązanie o lepszych parametrach | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Typ ochrony przed zalaniem: min. IP22 | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Integracja pomiarów ciśnienia, wagi, EKG (wifi, Bluetooth), GSM, GPRS, LTE z transmisją danych do platformy systemowej w centrum tele-rehabilitacji | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | **Waga** |  |  |  |  |
|  | Wyświetlacz ciekłokrystaliczny | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Maksymalna waga pacjenta min. 150 kg | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Dokładność pomiarów – nie gorsza niż 0,1 kg w przedziale 0-100kg, 0,2 kg w przedziale 100-150 kg | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Zasilanie bateryjne | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Komunikacja z aparatem teleEKG opisanym w **pkt. I.**: przewodowo lub bezprzewodowo – podać typ komunikacji | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | **Ciśnieniomierz** |  |  |  |  |
|  |  Zakres pomiaru ciśnienia min. 50 – 250 mmHg | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  |  Zakres pomiaru pulsu min. 30 – 180 uderzeń / minutę | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  |  Dokładność pomiaru ciśnienia tętniczego nie więcej niż+/- 3mmHg | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  |  Dokładność pomiaru pulsu nie więcej niż +/- 5% | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Bezprzewodowa komunikacja z aparatem teleEKG opisanym w **pkt. I.**, zapewniająca przekazanie wyniku badania w sposób automatyczny, tzn. bez możliwości wpływu pacjenta na wartość wpływu pacjenta na wartość przekazanego pomiaru – podać typ i rodzaj komunikacji. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Wbudowana pamięć pomiarów ciśnienia min. 180 | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Zasilanie z wymiennych baterii / akumulatora - opisać | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Masa urządzenia bez akumulatora / baterii max 600 g | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | **Platforma telemedyczna** |  |  |  |  |
|  | Dostęp do Platformy przy pomocy publicznej sieci Internet oraz następujących przeglądarek internetowych min.: Mozilla Firefox, Google Chrome, Safari, Opera | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Użytkowanie Platformy na komputerach ze wszelkimi systemami operacyjnymi, na których działają przeglądarki internetowe wymienione w pkt. 1  | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Komputer, na którym opisywany ma być przebieg badań EKG powinien posiadać:1. procesor z taktowaniem co najmniej 1.5 GHz,
2. pamięć RAM minimum 1GB,
3. ekran z rozdzielczością Full HD (1920x1080 pikseli) lub lepszą,
4. myszkę.
 | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Funkcjonowanie Platformy na serwerach zewnętrznego podmiotu, użytkowanych przez wykonawcę w ramach odrębnej umowy zawartej z tym podmiotem. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Dostęp do Platformy wyłącznie z poziomu konta (ośrodka) Zamawiającego. Ośrodek Zamawiającego rozpoznawany przez nazwę subdomeny poprzedzającą nazwę domeny internetowej, pod którą dostępna jest Platforma. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Dostęp do Platformy wyłącznie po podaniu indywidualnego loginu i hasła przydzielonych każdemu użytkownikowi w ramach ośrodka Zamawiającego. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | W ramach ośrodka użytkownicy mają przydzielone uprawnienia do min.:1) dodawania nowych zaleceń na badania EKG oraz wyświetlania istniejących w Platformie zleceń,2) dodawania i modyfikowania danych osobowych pacjentów,3) dodawania i modyfikowania danych urządzeń telemedycznych,4) opisywania badań,5) dostępu do badań w trybie tylko do odczytu,6) dodawania i modyfikowania użytkowników oraz zmiany uprawnień użytkowników w ramach ośrodka,7) wykonywania raportów podsumowujących liczbę zleconych i opisanych badań,8) tworzenia podrzędnych ośrodków,9) dostępu do danych z podrzędnych ośrodków. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Użytkownik w ramach uprawnień, o których mowa w pkt. 7.1) może dokonywać w Platformie następujących operacji min.:1) dodawać zlecenia na wykonanie badania EKG spoczynkowego (12-to odprowadzeniowego) przez wpisanie danych osobowych pacjenta lub wybranie pacjenta z listy wpisanych już do Platformy,2) przeglądać listę zleceń badań EKG czekających do opisu,3) przeglądać listę wszystkich zleceń badań EKG,4) otwierać badania EKG czekające do opisu. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Otwarcie badania EKG do opisu powoduje zablokowanie dostępu do tego badania dla innych użytkowników. Zapisanie opisanego badania EKG lub przejście do innego ekranu Platformy odblokowuje dostęp dla innych użytkowników. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Użytkownik w ramach uprawnień, o których mowa w pkt. 7. 2) powyżej, może dokonywać w Platformie następujących operacji:1) dodawać nowych pacjentów i wprowadzać ich dane osobowe: imię, nazwisko, login, PESEL, data urodzenia, płeć, stan aktywności, sposób rozliczania (abonament), ośrodek, telefon, mail, adres, hasło dostępu do Platformy,2) zmieniać dane istniejących pacjentów,3) zmieniać hasła dostępowe dla pacjentów,4) wyszukiwać pacjentów według kryteriów: PESEL, imię, nazwisko, login, stan aktywności, ośrodek,5) poprawiać dane osobowe istniejących w Platformie pacjentów,6) przydzielać pacjentom urządzenia mobilne EKG,7) wpisywać leki i dawki przyjmowane przez pacjentów,8) wpisywać diagnozy i inne opisy związane ze stanem zdrowia pacjentów. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Użytkownik w ramach uprawnień, o których mowa w pkt. 7.3), może dokonywać w Platformie następujących operacji:1) dodawać do Platformy nowe urządzenia i wpisywać dane: numer aparatu, numer SIM, typ aparatu, stan dostępności, ośrodek,2) wyszukiwać urządzenia według kryteriów: numer aparatu, przydzielony pacjent (PESEL, imię, nazwisko), stan dostępności, ośrodek,3) poprawiać dane aparatu. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Użytkownik w ramach uprawnień, o których mowa w pkt 7. 4), może dokonywać w Platformie następujących operacji:1) wyszukiwać badania według kryteriów: PESEL pacjenta, imię, nazwisko, przedział dat wykonania badania, status (nowe, oglądane, opisane), ważność, typ badania (EKG, ciśnienie, masa ciała, Spo2, temperatura, lipidogram, glukoza, inr), nr aparatu, ośrodek,2) otwierać badania inne niż badania EKG bez możliwości opisu,3) otwierać badania EKG z możliwością opisu,4) zmieniać przesuw i czułość prezentowanego przebiegu badania EKG,5) włączać filtr sieciowy 50Hz na prezentowanym przebiegu badania EKG,6) rozsuwać lub przybliżać przebiegi badań EKG,7) powiększać i pomniejszać prezentowany przebieg badań EKG,8) przesuwać w poziomie i w pionie przebieg badania EKG w celu obejrzenia innych jego fragmentów,9) wymiarować na przebiegu badania EKG załamki P, QRS i T,10) włączać automatyczne rozpoznawanie odcinków RR,11) włączać automatycznie wyznaczony średni przebieg PQRST,12) porównywać badania z innymi badaniami EKG tego samego pacjenta,13) opisać badania EKG przy pomocy kodów ICD10,14) opisać słownie badanie EKG,15) pobrać badania EKG jako pliki PDF,16) wpisywać ręcznie wyniki pomiarów (ciśnienie, masa ciała, Spo2, temperatura, lipidogram, glukoza, inr) przez wybranie pacjenta z listy wpisanych w Platformie, zaznaczenie typy badania i podanie wartości. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Użytkownik w ramach uprawnień, o których mowa w pkt. 7.5) powyżej, może dokonywać w Platformie następujących operacji:1) wyszukiwać badania według kryteriów: PESEL pacjenta, imię, nazwisko, przedział dat wykonania badania, status (nowe, oglądane, opisane), ważność, typ badania (EKG, ciśnienie, masa ciała, Spo2, temperatura, lipidogram, glukoza, inr), nr aparatu, ośrodek,2) otwierać badania inne niż badania EKG bez możliwości opisu,3) otwierać badania EKG bez możliwości opisu,4) zmieniać przesuw i czułość prezentowanego przebiegu badania EKG,5) włączać filtr sieciowy 50Hz na prezentowanym przebiegu badania EKG,6) rozsuwać lub przybliżać przebiegi badań EKG,7) powiększać i pomniejszać prezentowany przebieg badania EKG,8) przesuwać w poziomie i w pionie przebieg badania EKG w celu obejrzenia innych jego fragmentów,9) włączać automatyczne rozpoznawanie odcinków RR,10) włączać automatycznie wyznaczony średni przebieg PQRST,11) porównywać badania z innymi badaniami EKG tego samego pacjenta,12) pobrać badania EKG jako pliki PDF. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Użytkownik w ramach uprawnień, o których mowa w pkt 7.6) powyżej, może dokonywać w Platformie następujących operacji:1) przeglądać listę użytkowników w ramach ośrodka,2) dodawać nowych użytkowników w ramach ośrodka i podawać ich dane: tytuł, imię, nazwisko, login, stan aktywności, uprawnienia do platformy, ośrodek, telefon, mail, adres, nr uprawnień medycznych, hasło,3) zmieniać dane użytkowników,4) zmieniać hasła dostępowe użytkowników. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Użytkownik w ramach uprawnień, o których mowa w pkt. 7.7) powyżej, może wykonywać w Platformie raporty podsumowujące liczbę zleconych, wykonanych i opisanych badań EKG z grupowaniem na okresy: dzienny, tygodniowy, miesięczny, kwartalny, roczny. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Użytkownik w ramach uprawnień, o których mowa w pkt 7.8) powyżej, może dokonywać w Platformie następujących operacji:1) tworzyć podrzędne ośrodki w ramach własnego i wpisywać ich dane: nazwa, subdomena ośrodka, numer uprawnień medycznych, NIP, adres, miasto, telefon, mail, stan aktywności, zezwolenie na tworzenie podrzędnych ośrodków, opis, limit czasu na opisywanie zleconych badań,2) przeglądać listę podrzędnych ośrodków,3) modyfikować dane podrzędnych ośrodków. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Użytkownik w ramach uprawnień, o których mowa w pkt. 7.9) powyżej, posiada dostęp z poziomu Platformy do danych posiadanych przez podrzędne ośrodki. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | Platforma rejestruje wszystkie aktywności użytkowników, które mają wpływ na dane przechowywane przez Platformę. | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System umożliwia zarządzanie aparatami telemedycznymi do rehabilitacji kardiologicznej w warunkach domowych w zakresie przypisywania aparatów do pacjentów, zmiany, wymiany, zwrotów oraz zdalnej konfiguracji aparatów  | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System umożliwia dostęp pracownikom do następujących danych zebranych z bezprzewodowych zewnętrznych urządzeń medycznych: przebiegów EKG z minimum 7 odprowadzeń (6 kończynowych: I, II, III, aVR, aVL, aVF + 1 dowolnie wybrane przedsercowe lub 3 przedsercowych dowolnie wybrane spośród V1, V2, V3, V4, V5, V6, wyników pomiaru ciśnienia tętniczego zawierających: wartość ciśnienia skurczowego (mmHg), wartość ciśnienia rozkurczowego (mmHg), tętno (puls/min), wyników pomiaru masy ciała (kg) | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System umożliwia prezentację wyników badań w formie tabelarycznej i graficznej | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System umożliwia odczyt i pomiar następujących parametrów na wykresie EKG: pomiar R-R, pomiar długości odcinka QRS, pomiar długości odcinka P, pomiar długości odcinka T, automatyczne wyliczenie osi elektrycznej serca (dotyczy badań z odprowadzeni kończynowych), automatyczne wyliczenie długości odcinka QT , automatyczne wyznaczenie położenia osi P, automatyczne wyznaczenie położenia osi T  | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System umożliwia filtrację przebiegu EKG za pomocą wbudowanego filtra sieciowego (50Hz) i mięśniowego (35Hz)  | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System umożliwia opis badań EKG z wykorzystaniem wbudowanego słownika kodów  | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System umożliwia prezentacje na cyfrowej mapie bieżącej lokalizacji pacjenta na podstawie danych przekazywanych z aparatów wyposażonych w odbiornik GPS lub lokalizację LBS z wykorzystaniem sieci GSM | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System umożliwia jednoczesną pracę na minimum 10 stanowiskach komputerowych dla personelu jednostki medycznej  | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System umożliwia jednoczesną obsługę minimum 50 mobilnych aparatów medycznych do rehabilitacji kardiologicznej w warunkach domowych | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System umożliwia archiwizację danych medycznych i osobowych dla nieograniczonej liczby pacjentów | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System zapewnia właściwą konfigurację infrastruktury sieciowej i serwerowej  | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System zapewnia możliwość dalszej rozbudowy w przypadku zwiększenia liczby urządzeń medycznego  | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System telerehabilitacji posiada deklaracje wytwórcy (deklaracja zgodności CE) o spełnieniu wymagań zasadniczych, certyfikat jednostki notyfikowanej dla oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |
|  | System jest zgodny z kryteriami kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej określonej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 16.12.2016 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807, 1860, 1948 i 2138) | Tak, podać i opisać  |  | - - - | \*\*nr str. Oferty: ……………. |

**\* podać nr strony oferty, na której znajduje się potwierdzenie opisanego parametru technicznego odpowiednimi skanami instrukcji obsługi lub skanami broszur w języku polskim,**

**\*\* podać nr strony oferty, na której znajduje się potwierdzenie opisanego parametru technicznego – parametr może zostać potwierdzony zarówno w sposób opisany w „\*” lub za pomocą oświadczenia producenta lub Wykonawcy,**

**Rozdział nr II -** *Gwarancja i obsługa serwisowa (gwarancyjna i pogwarancyjna)*

| **L.P.** | **Opis parametrów** | **Parametr / wartość / ilość**  | **Parametr oferowany** | **Sposób oceny pkt.** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Gwarancja **min. 24 miesiące** od dnia instalacji po­twierdzonej protokołem uruchomienia i prze­kaza­nia przedmiotu zamówienia **UWAGA1** - gwarancja na cał­ko­wity przedmiot zamówienia bez żadnych wyłączeń**UWAGA 2** – należy podać pełną liczbę mie­sięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie za­okrąglane w dół – do pełnych miesięcy,**UWAGA 3** – maksymalny okres gwarancji 8 lat. | TAK, podać |  | Okres wymagany – 0 pkt.,Poniżej 36 miesięcy gwarancji – 1 pkt.,Od 36 – 47 miesięcy gwarancji – 15 pkt.,Od 48 –59 miesięcy gwarancji 25 pkt.60 i więcej miesięcy gwarancji - 35 pkt., |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień trwa­jącej naprawy | TAK |  | - - - |
|  | Opieka techniczna, wymagane zgodnie z zale­ceniami producenta przeglądy okre­sowe wykonane przez autoryzowany serwis wraz z zestawami do przeglądu na koszt oferenta przez okres gwarancji – **podać częstotliwość przeglądów** | TAK, podać |  | - - - |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych i serwisu przez okres min. 10 lat od daty zainstalowania przedmiotu zamówienia | TAK, podać |  |  |
|  | Wymiana każdego podzespołu na nowy po jego drugiej naprawie. Trzecia naprawa skutkuje wymianą elementu na nowy | TAK |  | - - - |
|  | Zdalna diagnostyka przez chronione łącze z możliwością rejestracji i odczytu online rejestrów błędów, oraz monitorowaniem systemu(uwaga – całość ewentualnych prac i wyposażenia sprzętowego, które będzie służyło tej funkcjonalności po stronie wykonawcy) | TAK |  | - - - |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwaran­cyjny na terenie Rzeczpospolitej Polskiej | TAK |  | - - - |
|  | Aktualizacja oprogramowania do najnowszych wersji zainstalowanych w dostarczonym przedmiocie zamówienia w okresie trwania gwarancji. | TAK |  | - - - |
|  | Wszystkie oferowane asortymenty pozbawione haseł, kodów, blokad serwi­sowych, itp., które po upływie gwarancji utrudnia­łyby właścicielowi dostęp do opcji serwi­sowych lub naprawę przedmiotu zamówienia przez inny niż Wy­konawca umowy podmiot, w przypadku nie ko­rzystania przez zamawiającego z serwisu po­gwarancyjnego Wy­konawcy lub udostępnienie haseł, kodów serwiso­wych, itp., załączonych najpóźniej w ostatnim dniu gwarancji – dotyczy kompletnego przedmiotu zamówienia | TAK |  | - - - |

**Rozdział nr III –** *dodatkowe informacje*

| **l.p.** | **Parametr** | **Parametr** | **Parametr oferowany** | **Nr strony oferty potwierdzającej parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dokumentacja załączona do oferty** |  |  |  |
|  | Wymagane do oferty dokumenty poświad­czające dopuszczenie do obrotu oferowa­nych wyrobów\*\*, w tym co najmniej: – deklaracja zgodności, – certyfikat CE – wymagany tylko w przypadku gdy przedmiot zamówienia jest wyrobem medycznym zakwalifikowanym do klasy: I sterylna, I z funkcją pomiarową, IIA, IIB, III zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz.U.2020.0.186), – zgłoszenie wyrobu medycznego jeżeli klasa wyrobu na to wskazuje do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobój­czych lub powiadomienie Prezesa Urzędu Re­jestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o wprowadzeniu wyrobu medycznego do uży­wania (ustawa z dnia 20 maja 2010r. o wyro­bach medycznych (Dz.U.2020.0.186) \* Deklaracja zgodności i certyfikat CE na cały przedmiot zamówienia, nie na części składowe, zgodna z aktualnie obowiązującym prawem (w tym dyrektywy UE)\*\*Dokumenty podać dla urządzeń opisanych **w rozdziale I pkt. I., IV., V.** | Tak, podać i załączyć do oferty |  | Podać stronę oferty ze scanem dokumentów:………………. |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanego przedmiotu zamówienia (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności) | TAK, podać i wskazać podmioty |  | Podać stronę oferty ze scanem dokumentów:………………. |
|  | Potwierdzenie parametrów technicznych od­powiednimi skanami instrukcji obsługi, instrukcji serwisowej, kart katalogowych lub ska­nami broszur w języku polskim przez Wykonawcę**UWAGA 1** – w przypadku braku dokumentu w języku polskim należy załączyć dokument w języku obcym wraz z jego tłumaczeniem,,**UWAGA 2** – w przypadku braku możliwości potwierdzenia któregokolwiek z parametrów z rozdz. I skanami instrukcji obsługi, instrukcji serwisowej, kart katalogowych lub skanami broszur Zamawiający dopuszcza aby te parametry zostały potwierdzone oświadczeniem producenta lub autoryzowanego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiciela producenta**UWAGA 3 –** Zamawiający wymaga aby na po­twierdzeniach parametrów technicznych znajdowały się odnośniki do konkretnego parametru z załącznika nr 2 w następującej postaci: **l.p. nr parametru** | Tak, podać  |  | Nie dotyczy |
|  | **Dokumentacja załączona przy dostawie**  |  |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papie­rowej i elektronicznej na płycie CD/DVD i innym nośniku (format PDF) – dotyczy także asortymentów peryferyjnych | TAK, załączyć przy dostawie |  | Nie dotyczy |
|  | Z przedmiotem zamówienia wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują) – paszport techniczny na każde urządzenie osobno | TAK, załączyć przy dostawie |  | Nie dotyczy |
|  | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca okresowych przeglądów technicznych w języku polskim, która zostanie zaktualizowana w ostatnim dniu gwarancji.**UWAGA** - dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę przedmiotu zamówienia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta | TAK, załączyć przy dostawie |  | Nie dotyczy |
|  | Harmonogram lub częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów lub innej obsługi serwisowej  | TAK, załączyć przy dostawie |  | Nie dotyczy |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów przedmiotu zamówienia. | TAK, podać i zał. przy dostawie |  | Nie dotyczy |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów przedmiotu zamówienia w oparciu o przedsta­wione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące.**UWAGA** – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko na­zwy handlowe preparatów. | TAK, podać i załączyć przy dostawie |  | Nie dotyczy |
|  | **Szkolenia**  |  |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi podstawowej przedmiotu min. dwa szkolenia: pierwsze podczas uruchomienia drugie w dowolnym terminie ustalonym pomiędzy zamawiającym a wykonawcą w trakcie trwania gwarancji | TAK, podać  |  | Nie dotyczy |
|  | **Inne** |  |  |  |
|  | W cenie przedmiotu zamówienia znajduje się komplet ak­cesoriów, okablowania itp. asortymentu nie­zbędnego do uruchomienia i funkcjonowania przedmiotu zamówienia jako całości w wymaganej specyfi­kacją konfiguracji | TAK, podać  |  | Nie dotyczy |
|  | Spełnienie wymogów obowiązującego prawa w tym ustawy o wyrobach medycznych | TAK  |  | Nie dotyczy |
|  | Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpie­czeniem, wszelkie opłaty celne, skar­bowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy | TAK  |  | Nie dotyczy |
|  | Przed przystąpieniem do realizacji zamówienia, Wykonawca może dokonać wizji lokalnej, sprawdzenia wymiarów pomieszczeń (wykonanie ewentualnej inwentaryzacji pomieszczeń) celem montażu przedmiotu zamówienia | TAK |  | Nie dotyczy |

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej do zawarcia umowy i dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany i powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.
3. Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się również z specyfikacją istotnych warunków zamówienia wraz z treścią załączników zawierających, dla wykonawców, dodatkowe wymogi wynikające z treści tych dokumentów.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………….…….………, dnia: ………..…….……. r.(miejscowość) | **Potwierdzam oferowane jw. parametry**:…………………………………………………………………………Uprawniony przedstawiciel wykonawcy–– pieczęć z podpisem lub nazwisko i imię. |