**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**Specyfikacja techniczna**

**Zadanie 5: Aparat EKG (1 szt.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cecha** | **Wymagane parametry** | **Parametry oferowanego sprzętu** |
| **Produkt:** | Aparat EKG | **Producent/model/ nazwa handlowa:****Tak/nie** |
|  **Zapis w czasie rzeczywistym w trybie 3, 6 i 12 odprowadzeń EKG** | Tak | **Tak/nie** |
| **Równoczesna rejestracja 12 odprowadzeń** | Tak | **Tak/nie** |
|  **Analiza sygnału EKG zgodna z EN 60601-2-51( lub równoważny)** | Tak (lub równoważny) | **Tak/nie****Norma:** |
|  **Klawiatura alfanumeryczna** | Tak | **Tak/nie** |
| **Klawiatura funkcyjna do bezpośredniego sterowania podstawowymi funkcjami aparatu.** | Tak | **Tak/nie** |
|  **Detekcja stymulatora serca** | Tak | **Tak/nie** |
| **Wbudowany ekran graficzny kolorowy min 5,7”, umożliwiający jednoczesny, czytelny podgląd 12 kanałów EKG** | Tak | **Tak/nie** |
| **Pamięć wewnętrzna:**  | min. 200 badań | **Tak/nie** |
|  **Zapis na papierze termicznym o szerokości papieru 110 - 112 mm** | Tak**Zamawiający dopuszcza** aparat który realizuje zapis na papierze formatu A4 | **Tak/nie** |
|  **Zasilanie sieciowe i akumulatorowe, akumulator bezobsługowy wraz z ładowarką wbudowany wewnątrz aparatu** | Tak | **Tak/nie** |
|  **Prędkość przesuwu papieru 5 / 10 / 25 / 50mm/s.** | Tak | **Tak/nie** |
|  **Czułość 2,5 / 5 / 10 / 20 mm/mV** | Tak**Zamawiający dopuszcza** aparat który posiada czułość 5/10/20 mm/mV | **Tak/nie** |
| **Filtr zakłóceń sieciowych 50/60 Hz** | Tak | **Tak/nie** |
|  **Częstotliwość próbkowania 1000 Hz/ kanał** | Tak | **Tak/nie** |
|  **Przetwornik AC 24 bit** | Tak**Zamawiający dopuszcza** przetwornik 20 bit (1,17uV LSB) | **Tak/nie** |
|  **Możliwość podglądu badania z pamięci aparatu z analizą bez konieczności wydruku** | Tak | **Tak/nie** |
|  **Wózek do aparatu z wysięgnikiem na kabel pacjenta** | Tak | **Tak/nie** |
|  **Pas piersiowy z kompletem elektrod** | Tak | **Tak/nie** |
|  **Komplet elektrod piersiowych przyssawkowych dla dorosłych i dla dzieci** | Tak | **Tak/nie** |
|  **Komplet elektrod kończynowych** | Tak | **Tak/nie** |
|  **Komplet kabli** | Tak | **Tak/nie** |
| **Dodatkowo:** | Instrukcja obsługi w języku polskim, karta gwarancyjna, paszport techniczny urządzenia. Instalacja w miejscu dostawy.Wykonawca przeprowadzi szkolenie teoretyczne i praktyczne pracowników Zamawiającego w zakresie obsługi aparatu. | **Tak/nie** |

**……………………………………………………………………………….**

 Podpis (imię i nazwisko) osoby (osób)

 uprawnionej (ych) do reprezentowania Wykonawcy