**EZ/ZP/18/2021/MW**

Załącznik nr 2d do SIWZ

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane parametry techniczno-funkcjonalne)**

**PAKIET NR 4**

**Stymulator zewnętrzny dwujamowy - 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** |  |
| **Nazwa-model/typ** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji min. 2020 r.** |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **Stymulator zewnętrzny dwujamowy -2 szt.** |
| 1 | Stymulator „dwujamowy” - min. 3 tryby stymulacji DDD, DOO, DDI, AAI, AOO, VVI, VOO | TAK podać |  |
| 2 | Podstawowa częstotliwość stymulacji w zakresie min. 30 – 200 imp/min  | Tak, podać |  |
| 3 | Górna częstość przewodzenia w zakresie min. 80-230 imp/min  | TAK podać |  |
| 4 | Regulacja częstości impulsu  | TAK podać |  |
| 5 | Szybka stymulacja przedsionków w zakresie min. 80 – 800 imp/min | Tak, podać |  |
| 6 | Okres refrakcji przedsionkowy w zakresie min. 150 – 500 ms  | Tak, podać |  |
| 7 | Amplituda impulsu w przedsionku w zakresie min. 0,1 - 20 mA  | TAK, podać |  |
| 8 | Amplituda impulsu w komorze w zakresie min. 0,1 - 25 mA  | TAK |  |
| 9 | Szerokość impulsu przedsionek 1,0ms  | TAK |  |
| 10 | Szerokość impulsu komora 1,5ms  | TAK |  |
| 11 | Czułość przedsionkowa w zakresie min.0,4 – 10 mV | TAK |  |
| 12 | Czułość komorowa w zakresie min.0,8 – 20 mV  | TAK |  |
| 13 | Regulacja czułości  | TAK |  |
| 14 | Stymulator wyposażony w wyświetlacz do prezentacji danych | TAK |  |
| 15 | Wyposażenie:- Kabel komorowy pacjenta szt.2- Kabel przedsionkowy pacjenta szt.2 | TAK |  |
| 16  | Zasilanie urządzenia – bateryjne / bateria litowa lub równoważna/. | Tak, podać |  |
| **POZOSTAŁE WARUNKI** |
| Karta gwarancyjna | TAKzałączyćprzy dostawie |  |
| Instrukcja obsługi w języku polskim | TAKzałączyć przy dostawie |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Okres gwarancji minimum 24 miesięcy licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | **Dodatkowy okres** gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *(dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.36 SIWZ.)* |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

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 urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.