…………………………….. ………………………

 Nazwa i adres oferenta ( miejscowość , data )

**Formularz ofertowy**

1. W związku z zapytaniem ofertowym na dostawę ***rejestratora holterowskiego EKG wraz z oprogramowaniem*** składamy ofertę na wykonanie powyższego zamówienia.
2. Dane Dostawcy:

Nazwa Dostawcy:………………………………………………………………………

Adres Dostawcy:……………………………………………………………………….

Telefon: ………………………….. Fax: ……………………..NIP:……………………..

E-mail:………………………………….

3. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **4** |
| **Lp**  | **Wymagane parametry techniczno- jakościowe**  | **Opis parametru****( tak/nie/opis)** |
| 1. | Producent /Firma |  |
| 2. | Typ/Model |  |
| 3. | Rok produkcji |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. | Rejestrator holterowski EKG z wyposażeniem |  |
| 5. | Oprogramowanie z kluczem zabezpieczającym |  |
| 6. | Oprogramowanie do analizy EKG metodą Holtera wraz z rejestratorem przeznaczone do instalacji na komputerze użytkownika. Pozwala na szybkie wykonanie podstawowych analiz EKG ( ocenę arytmii i odcinka ST), przeprowadzenie analiz zaawansowanych w zakresie oceny zmienność rytmu ( HRV), odstępu QT oraz analizę pracy rozrusznika serca. |  |
| 7. | Analiza zapisu EKG w trybie prospektywnym i retrospektywnym  |  |
| 8. | Analiza arytmii pochodzenia komorowego i nadkomorowego |  |
| 9. | Natychmiastowy dostęp do zapisu EKG z dowolnego poziomu analizy (tabele, trendy)  |  |
| 10. | Możliwość wykrywania, przeglądania, tworzenia ilościowych raportów w zakresie oceny: VE, S`SVE, P`SVT, Pauz, IRR VT, IVR, Tachy, Brady, Salwa, Bigeminia, Trigeminia, Pary, R na T, uniesienia i obniżenia ST. Epizody ST, Max, Min, oraz Średni Rytm Serca, procentowy udział artefaktów w zapisie  |  |
| 11. | Edytor klasy umożliwiający łatwą edycję wszystkich pobudzeń komorowych i nadkomorowych  |  |
| 12. | Tabelaryczna prezentacja danych liczbowych  |  |
| 13. | Prezentacja wyników w formie trendów w tym trójwymiarowe trendy ST i HRV  |  |
| 14. | Przygotowanie do druku automatycznie lub wybierane przez użytkownika wstęgi EKG wraz z ich etykietami  |  |
| 15. | Drukowanie całego zarejestrowanego sygnału EKG  |  |
| 16. | Niezależna analiza ST każdego kanału EKG dla wybranych przez użytkownika punktów odniesienia ST, punktu J oraz linii bazowej R-R  |  |
| 17. | Korzystanie z wielobarwnych prezentacji na ekranie  |  |
| 18. | Bezprzewodowa transmisja danych umożliwiająca podgląd zapisu EKG w czasie rzeczywistym  |  |
| 19. | Analiza zmienności rytmu w dziedzinie czasu i częstotliwości  |  |
| 20. | Analizy odstępu QT z prezentacją wyników w formie tabelarycznej graficznej  |  |
| 21. | Analiza pracy wszystkich typów rozruszników serca  |  |
| 22. | Dostawa i instalacja rejestratora holterowskiego EKG na koszt dostawcy |  |
| 23. | Certyfikat CE i deklaracja zgodności |  |
| 24. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru wyrobów medycznych |  |
| 25. | Pełna instrukcja w języku polskim |  |
| 26. | Okres gwarancji >24 miesiące |  |
| 27. | Dostarczenie pełnej instrukcji serwisowej |  |
| 28. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki w < 48 godz. |  |
| 29. | Dostępność części zamiennych min. 10 lat |  |
| 30. | Szkolenie personelu z obsługi rejestratora holterowskiego EKG |  |

**Cena netto ………................**

**Podatek VAT ……………..**

**Cena brutto ……………….**

4. Oświadczamy, że

 1) Posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności,

 jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;

1. Posiadamy niezbędna wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny ,a także dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
2. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
3. Zapoznaliśmy się z przedmiotem zamówienia;
4. Potwierdzam termin dostawy rejestratora holterowskiego EKGwraz z oprogramowaniem do dnia ……………..….;
5. Wyrażamy zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.
6. Gwarantujemy ….. miesięczną gwarancję.
7. Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Dyrektora Miejsko-Gminnego Zespołu Zakładów Opieki Podstawowej w Ścinawie zawartych w formularzu ofertowym oraz załącznikach w celu przeprowadzenia niniejszego postępowania.

 ……………………………………….

 Podpis osób upoważnionych

 do reprezentowania Oferenta