**Załącznik nr 1**

**Formularz parametrów technicznych**

**oferujemy dostawę fabrycznie nowego urządzenia o parametrach wskazanych w poniższej tabeli   
wraz z instalacją i instruktażem w zakresie obsługi, na warunkach określonych w umowie stanowiącej Załącznik nr 3 do ogłoszenia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Waga medyczna – 1 szt.** | | |
| **Producent (marka) …………………………………………………..………………………… (Należy podać)**  **Model ………………………………………………………………………………..………..… (Należy podać)**  **Kraj pochodzenia...…………………………………………….………………………………..(Należy podać)**  **Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2023 r.** | | |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany / oceniany** |
|  | Elektroniczna waga medyczna | wymagany |
|  | Waga z dopuszczalnym maksymalnym obciążeniem do min. 300 kg | wymagany |
|  | Dokładność odczytu nie mniejsza niż 100g | wymagany |
|  | Dokładność pomiaru zaświadczona certyfikatem medycznym w min. III klasie | wymagany |
|  | Waga wyposażona w elektroniczny wzrostomierz | wymagany |
|  | Pomiar wzrostu mierzonego pacjenta z wzrostomierza elektronicznego z automatycznym przeszyłem parametrów mierzonych, do komputera wagi | wymagany |
|  | Waga wyposażona wyświetlacz służący do sterowania wagą | wymagany |
|  | Waga wyposażona w drukarkę termiczną pracującą na standardowym papierze termicznym o szerokości szpuli 60 mm+/- 10 mm | wymagany |
|  | Zasilanie wagi sieciowe, zasilacz w zestawie | wymagany |
|  | Platforma wagi z powłoką antypoślizgową o wymiarach nie mniejszych niż 340x450x80mm | wymagany |
|  | Waga wyposażona w nóżki z regulacją umożliwiającą wypoziomowanie wagi | wymagany |
|  | Wbudowany interfejs RS232 | wymagany |
|  | Możliwość kalibracji wagi – wykonywanej przez użytkownika | wymagany |
|  | Funkcja HOLD – zamrożenie wartości pomiaru na wyświetlaczu | wymagany |
|  | Możliwość wykonania pomiarów:   * FM – Procent tkanki tłuszczowej (%) * FM – Masa tkanki tłuszczowej (kg) * BMI – Body Mass Index * TBW – Masa wody w organizmie (kg) * TBW – Procent wody w organizmie (%) * FFM – Beztłuszczowa masa ciała * VF – Wskaźnik tłuszczu visceralnego – trzewnego * MA – Wiek metaboliczny * BMR – Podstawowa przemiana materii (kcal/dobę). | wymagany |
|  | Waga dostarczona z ważną oceną zgodności (legalizacja) | wymagany |
|  | **Okresowy przegląd techniczny zamówienia, Zalecany przez producenta** *(należy podać właściwą liczbę – ilość miesięcy, po upływie których producent zaleca wykonywanie przeglądów jeżeli dotyczy)* | Należy podać:  TAK, co ………. miesięcy  NIE - nie zalecany |
| **Waga z analizą składu ciała – 1 szt.** | | |
| **Producent (marka) …………………………………………………..………………………… (Należy podać)**  **Model ………………………………………………………………………………..………..… (Należy podać)**  **Kraj pochodzenia...…………………………………………….………………………………..(Należy podać)**  **Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2023 r.** | | |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany / oceniany** |
|  | Elektroniczna waga medyczna umożliwiająca analizę tkanki tłuszczowej (masa tkanki tłuszczowej, waga ciała), analizę otyłości (poziom tłuszczu trzewnego, procent tkanki tłuszczowej, wskaźnik masy ciała), analizę składu ciała (woda wewnątrzkomórkowa i zewnątrzkomórkowa, białko, całkowita woda w organizmie, składniki mineralne, masa tkanki tłuszczowej i beztłuszczowej) i analizę typu ciała (procent tkanki tłuszczowej oraz BMI) | wymagany |
|  | Urządzenie wykorzystujące technologię działania opartą na trzech częstotliwościach (Multi Frequency) | wymagany |
|  | Możliwość określenia jakości mięśni i szacunkowej siły chwytu | wymagany |
|  | Możliwość przeprowadzenia analizy całościowej i segmentowej (całe ciało, prawe ramię, lewe ramię, tułów, prawa noga, lewa noga) | wymagany |
|  | Waga z dopuszczalnym maksymalnym obciążeniem do min. 300 kg | wymagany |
|  | Dokładność odczytu nie mniejsza niż 100g | wymagany |
|  | Urządzenie wyposażone w kolorowy dotykowy wyświetlacz LCD, min. 7 cali, min. 800 x 480 pikseli | wymagany |
|  | Urządzenie współpracujące z drukarką min. PCL5 | wymagany |
|  | Komunikacja urządzenia min. za pomocą portów USB, Wi-Fi, RS232, RJ45 Ethernet, Bluetooth | wymagany |
|  |  | wymagany |
|  | Czas trwania pomiaru dla jednego pacjenta max. 1 minuta | wymagany |
|  | Waga urządzenia max. 15 kg | wymagany |
|  | Urządzenie pozwalające na zachowanie min. 45000 pomiarów w pamięci | wymagany |
|  | Zasilanie wagi sieciowe, zasilacz w zestawie | wymagany |
|  | Oprogramowanie umożliwiające podłączenie urządzenia do dowolnego komputera, kompatybilne z systemami min. Windows 7, Windows 10, Windows 11 | wymagany |
|  | W zestawie przewód umożliwiający podłączenie komputera do wagi o długości min. 2,5 m | wymagany |
|  | Waga dostarczona z ważną oceną zgodności (legalizacja) | wymagany |
|  | **Okresowy przegląd techniczny zamówienia, Zalecany przez producenta** *(należy podać właściwą liczbę – ilość miesięcy, po upływie których producent zaleca wykonywanie przeglądów jeżeli dotyczy)* | Należy podać:  TAK, co ………. miesięcy  NIE - nie zalecany |

**Oświadczam**, że wyżej wymieniony przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagane przez Zamawiającego parametry techniczne wyszczególnione w powyższej tabeli.

…………………………………………… …………………………………………………………………………………

*(miejscowość, data) (elektroniczny podpis osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)*