**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**

|  |
| --- |
| **Punkty dostępu medycznej sieci telemetrycznej (nadajników Access point) – 5 szt. dla CSK** |
| **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** |
|  | Dostawa 5 szt. punktów dostępowych umożliwiających rozszerzenie zasięgu sieci telemetrycznej Philips ITS posiadanej przez Zamawiającego. | wymagany |
|  | Punkty dostępowe zapewniające nieprzerwaną komunikację pomiędzy posiadanymi kardiomonitorami telemetrycznymi model MX40, a posiadaną centralą monitorującą Philips model PIC IX w obrębie Oddziału Onkologii. | wymagany |
|  | Punkty dostępowe zasilane z sieci Ethernet (PoE) | wymagany |
|  | Częstotliwość pracy 2,4 GHz | wymagany |
|  | Technologia komunikacji bezprzewodowej zoptymalizowana do obsługi urządzeń będących w ruchu, zapewniająca wysoką stabilność pracy i brak interferencji z sieciami WiFi. | wymagany |
|  | Przekazywanie sygnału między punktami dostępowymi kontrolowane przez kardiomonitor telemetryczny – przerwanie połączenia z punktem dostępu możliwe dopiero po nawiązaniu połączenia z kolejnym punktem dostępu. | wymagany |
|  | Punkty dostępowe zapewniające dwukierunkową komunikację między systemem centralnego monitorowania a posiadanymi kardiomonitorami telemetrycznymi. | wymagany |
|  | Punkty dostępowe umożliwiające zlokalizowanie na posiadanej centrali monitorującej położenia pacjenta znajdującego się w obrębie sieci telemetrycznej z dokładnością co najmniej do punktu dostępowego w zasięgu którego się znajduje. | 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 ………. miesięcyNIE - 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)*