



Zapytanie ofertowe

w związku z realizacją Przedsięwzięcia w ramach Projektu grantowego pn. „Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)” realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Data zapytania	26.08.2026 r.
Nazwa Grantobiorcy/Zamawiającego	Medic Park Sp. z o. o. Kolegialna 18, 09-402 Płock
Przedmiot zamówienia	Aparat EKG 12-kanalowy (spoczynkowy)
Planowany termin realizacji (od - do)	26.08.2026 – 30.09.2026 r.
Termin przesłania oferty	na adres email natalia.lisowska@medicpark.pl do dnia 31.08.2026 godz. 17:00

Niniejsze postępowanie jest prowadzone zgodnie z zachowaniem zasady równego traktowania oraz uczciwej konkurencji wobec wszystkich potencjalnych oferentów. Zamówienie nie może być udzielone podmiotom powiązanym z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

1. Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest aparat EKG 12-kanalowy (spoczynkowy), przeznaczony do wykonywania spoczynkowych badań elektrokardiograficznych, wyposażony w automatyczną interpretację zapisu EKG opartą na algorytmach sztucznej inteligencji, wbudowaną drukarkę termiczną, dedykowany stół jezdny oraz dedykowane oprogramowanie do obsługi aparatu i wykonywania badań ze stacji roboczej.

Podstawowe wymagania techniczne:

- aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2026, pochodzący od autoryzowanego dystrybutora/producenta
- aparat EKG spoczynkowy: 12 kanałów EKG, 10 fizycznych odprowadzeń
- ekranowy asystent rozmieszczenia elektrod z graficznym wskazaniem jakości sygnału oraz wykrywaniem odłączonych odprowadzeń i luźnych elektrod
- wbudowana drukarka termiczna,



- automatyczna interpretacja zapisu EKG oparta na algorytmach sztucznej inteligencji (do wyboru: słowna, w postaci kodów, z możliwością wyłączenia) oraz możliwość dodania własnej interpretacji i opinii lekarskiej
- tryb ręczny: drukowanie układu 1–4, 6 oraz 12 odprowadzeń
- kabel pacjenta zabezpieczony przed defibrylacją
- zakres pomiaru tętna 30–300 BPM; dokładność pomiaru $\pm 10\%$ albo ± 5 bpm (wartość wyższa)
- zasilanie akumulatorowe: min. 420 wydrukowanych raportów, min. 150 min wydruku w trybie ręcznym, min. 350 min nieprzerwanego monitorowania sygnału; czas ładowania do 4 godzin; co najmniej trzy systemy sygnalizacji niskiego poziomu naładowania (dźwięk, ikona, dioda LED)
- co najmniej 3 wbudowane gniazda USB umożliwiające podłączenie m.in. klawiatury, myszy, drukarki, modułu pamięci do eksportu raportów (PDF) i czytnika kodów kreskowych
- łączność z komputerem: RJ45 oraz Wi-Fi
- zarządzanie użytkownikami: przypisanie ról i uprawnień oraz automatyczne wylogowanie po przejściu w tryb czuwania
- baza pacjentów: wyszukiwanie i sortowanie po imieniu i nazwisku, PESEL i dacie ostatniego badania; możliwość przenoszenia badań między pacjentami oraz ponownego wydruku z innymi ustawieniami
- współpraca z kompleksową platformą medyczną umożliwiającą wykonywanie i archiwizację badań EKG (z oceną ryzyka nagłej śmierci sercowej), spirometrii, próby wysiłkowej, holtera EKG, holtera RR i ergospirometrii oraz telekonsultację; wspólna baza pacjentów; generowanie raportów bezpośrednio na komputer
- w zestawie dedykowane oprogramowanie do obsługi aparatu EKG i wykonywania badań z poziomu stacji roboczej
- w zestawie dedykowany stół jezdny: blat z rączką i fabrycznymi otworami montażowymi, cztery podwójne kółka z hamulcami nożnymi, kuweta na akcesoria oraz uchwyt na kabel pacjenta
- gwarancja minimum 24 miesiące oraz darmowe przeglądy w okresie trwania gwarancji
- urządzenie oznakowane znakiem CE, zgodne z rozporządzeniem MDR (Rozporządzenie (UE) 2017/745) oraz normami IEC 60601-1, IEC 60601-1-2, IEC 60601-2-25; zgodność z RODO

2. Warunki udziału w postępowaniu

- ☐ nie dotyczy
- ☒ dotyczy

O udzielenie zamówienia może ubiegać się podmiot spełniający następujące warunki:

- a) Autoryzowany dystrybutor/producent sprzętu



b) Rok produkcji aparatu: 2026 (sprzęt fabrycznie nowy)

Oferent musi spełniać wszystkie wyżej wymienione warunki udziału w postępowaniu, które oceniane są zero-jedynkowo (według formuły: spełnia – nie spełnia). Niespełnienie któregośkolwiek z w/w warunków udziału w postępowaniu będzie skutkowało odrzuceniem oferty Wykonawcy.

3. Oferty muszą zostać złożone na formularzu ofertowym stanowiącym Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego lub na wzorze własnym firmy¹.
4. Każdy wykonawca może złożyć 1 ofertę.
5. Złożone **oferty muszą być ważne przez okres 30 dni od dnia ich przesłania**.
6. Oferty muszą zostać podpisane przez osobę/osoby upoważnione do reprezentowania oferenta, przy czym upoważnienie to może wynikać z dokumentów rejestrowych lub z pełnomocnictwa.
7. **Kryteria oceny ofert.** Wybór najkorzystniejszej oferty nastąpi w oparciu o następujące kryteria (wybrać właściwe):

Nazwa kryterium	Waga
☒ Cena	0,65
☒ Termin realizacji zamówienia	0,10
☒ Okres gwarancji	0,10
☒ Inne: Autoryzowany dystrybutor	0,10
☒ Inne: Współpraca z oprogramowaniem do odczytu wyników, który Zamawiający już posiada w placówce	0,05

Spośród ważnych ofert Zamawiający uzna za najkorzystniejszą i wybierze ofertę, która spełni wszystkie wymagania określone w szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia oraz uzyska największą liczbę punktów w kryteriach oceny ofert.

8. Zamawiający **nie przewiduje** możliwości składania ofert częściowych.
9. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania zapytania, zamknięcia zapytania bez dokonywania wyboru oferty lub do unieważnienia postępowania w każdym czasie bez podawania przyczyny.
10. **Zamawiający zawiadomi o wyborze najkorzystniejszej oferty oferentów, którzy złożyli oferty przesyłając informacje na adres poczty elektronicznej.**
11. Zamawiający informuje, że umowa będzie zawierana w formie pisemnej (jeśli dotyczy).
12. **Osoby do kontaktu**

W kwestiach związanych z realizacją zamówienia proszę kontaktować się z
Panią Natalią Lisowską, e-mail: natalia.lisowska@medicpark.pl, tel. 883 365 912

¹ wskaż właściwe



Fundusze Europejskie
na Infrastrukturę,
Klimat, Środowisko



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

Podpis osoby reprezentującej Zamawiającego _____

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy