***Załącznik Nr 2 do SWZ część 1***

***(Załącznik nr 2 do Umowy)***

**Opis przedmiotu zamówienia**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu i aparatury medycznejdla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poz. nr | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość |
| Część 1 |
| 1 | Echokardiograf | 1 szt. |
|  | Cena netto …………………….. Cena brutto …………………………. | - |
| 2 | Ultrasonograf | 1 szt. |
|  | Cena netto …………………….. Cena brutto …………………………. | - |

1. Zamawiający wymaga dostarczenia w ramach zamówienia fabrycznie nowychurządzeń medycznych (rok produkcji zgodnie z rokiem dostawy). Nie dopuszcza się oferowania urządzeń używanych, rekondycjonowanych oraz demonstracyjnych. Urządzenia medyczne muszą być wolne od wszelkich wad fizycznych (konstrukcyjnych) oraz prawnych.
2. Zaoferowana aparatura medyczna musi posiadać wymagane świadectwa i certyfikaty oraz oznakowanie przewidziane zapisami Ustawy o Wyrobach Medycznych świadczące o wymaganym dopuszczeniu do stosowania i obrotu na terenie Polski tj. certyfikat CE i deklarację zgodności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych.
3. Zaoferowana aparatura medyczna musi być kompletna i gotowa do użytkowania bez dodatkowych zakupów.
4. W okresie gwarancji Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązuje się do:

wykonywania okresowych przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Każdorazowy okresowy przegląd techniczny musi odbyć się w ściśle określonym terminie. Nie wykonanie okresowego przeglądu technicznego w wyznaczonym czasie skutkuje wydłużeniem pełnego zakresu gwarancyjnego o jeden miesiąc za każdy dzień zwłoki oraz dodatkowo przysługiwać będzie jedna naprawa, której całkowity koszt będzie po stronie Wykonawcy.

przystąpienie do usunięcia awarii w terminie do 1 dnia od momentu jej zgłoszenia przez Zamawiającego. Za przystąpienie do usunięcia awarii Zamawiający uzna działanie Wykonawcy, które ma doprowadzić do usunięcia awarii lub rozpoczęcia diagnozy uszkodzenia w drodze telefonicznego wywiadu technicznego, serwisu zdalnego lub wizyty osobistej pracownika działu serwisu Wykonawcy. Skuteczna naprawa zostanie dokonana w ciągu 3 kolejnych dni roboczych. W przypadku gdy naprawa awarii wymaga sprowadzenia części spoza granic kraju, termin może ulec wydłużeniu, lecz nie dłużej niż do 5 dni roboczych. W przypadku niemożliwości dochowania terminu naprawy Wykonawca obowiązany jest do dostarczenia sprzętu zastępczego, o nie gorszych parametrach niż będący przedmiotem umowy na czas wykonania skutecznej naprawy.

dostarczenia fabrycznie nowego urządzenia w przypadku wystąpienia trzykrotnie tej samej awarii.

przekazania Zamawiającemu, po każdej planowej czynności serwisowej oraz każdej naprawie, raportu serwisowego zawierającego opis wykonanych czynności serwisowych lub opis wykonanej naprawy z określeniem zużytych do naprawy części oraz określeniem czasu trwania naprawy serwisowej lub czynności serwisowej.

1. Po zakończonym okresie gwarancyjny Wykonawca zobowiązany jest udostępnić Zamawiającemu wymaganą dokumentację serwisową wraz z kodami serwisowymi, umożliwiającą wykonanie okresowego przeglądu technicznego zgodnie z zaleceniami producenta.
2. Wszelkie czynności serwisowe muszą być realizowane przez podmiot upoważniony przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności, zgodnie z art. 90 Ustawy o wyrobach medycznych. W związku z powyższym Wykonawca przy dostawie załączy wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności serwisowych.
3. Przedmiot zamówienia musi być oznakowany przez producenta w Taki sposób, aby możliwa była identyfikacja zarówno produktu jak i producenta.
4. Opis oferowanych urządzeń nie powinien budzić żadnej wątpliwości Zamawiającego. Z opisu powinno wynikać, że oferowany przedmiot zamówienia jest o Takich samych parametrach, jaki wymaga Zamawiający lub parametrach lepszych poprzez dokładne wskazanie zaoferowanych parametrów wg punktów wyszczególnionych przez Zamawiającego w zestawieniu wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych.
5. Zamawiający ma prawo do sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów techniczno – użytkowych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym również poprzez zwrócenie się o złożenie dodatkowych wyjaśnień do Wykonawcy.

***Faktura dostarczona w dniu realizacji zamówienia.***

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

|  |
| --- |
| **Poz. 1** |
| **Echokardiograf****model / typ: ……………………………****producent: ……………………………** |
| **Rok produkcji: ………………………** |
| ***Lp.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1. **Wymogi formalne**
 |
|  | Aparat oraz akcesoria fabrycznie nowe, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2023 roku | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie medyczne do obrotu i  używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022. (Dz. U z 2022 r. poz. 974 i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 (deklaracja zgodności UE) | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
|  | Zgłoszenie wyrobu lub powiadomienie Prezesa Urzędu RPLWMiPB | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wymogi podstawowe**
 |
|  | Zasilanie 230 V, 50Hz | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowany akumulator | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Czas pracy na wbudowanym akumulatorze | Wymagana wartość min. 60 min. (podać) |  |  | Wartość graniczna – 0 pkt.Wartość największa – 5 pkt. Pozostałe proporcjonalnie. |
|  | Czas całkowitego naładowania akumulatora nie dłużej niż 3h | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | W pełni cyfrowy szerokopasmowy układ formowania wiązki ultradźwiękowej  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Aparat mobilny | Tak, opisać |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres pracy [MHz] | Wymagana wartość min. 2 MHz – 16 MHz (podać) |  |  | Wartość graniczna – 0 pkt.Wartość największa – 5 pkt. Pozostałe proporcjonalnie. |
|  | Dynamika systemu co najmniej 180 dB | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Aparat wyposażony w monitor LED * przekątna min. 15’’
* rozdzielczość min. 1024 x 768
 | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Aktywne porty do głowic wbudowane w aparat min. 2 | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość jednoczesnego podłączenia do aparatu min. 4 głowic | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Waga aparatu wraz z wbudowanym akumulatorem [kg] | Max. 7 kg |  |  | Wartość graniczna – 0 pkt.Wartość najmniejsza – 5 pkt. Pozostałe proporcjonalnie. |
|  | Start systemu z trybu czuwania [s] | ≤ 6 s (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Start systemu od momentu pełnego uruchomienia urządzenia [s] | Wymagana wartość max. 45 s (podać) |  |  | Wartość graniczna – 0 pkt.Wartość najmniejsza – 5 pkt. Pozostałe proporcjonalnie. |
|  | Czas wyłączenia systemu [s] | ≤ 20 s (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Zainstalowane w oferowanym aparacie oprogramowanie do badań: - kardiologicznych- naczyniowych- medycyny ratunkowej- anestezjologicznych- małych narządów- mięśni szkieletowych- brzusznych- ortopedycznych- urologicznych- ginekologiczno-położniczych | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dedykowany do aparatu wózek wyposażony w:* + 4 koła skrętne z możliwością ich blokowania o średnicy nie mniejszej niż 125 mm,
	+ uchwyty na głowice i żel,
	+ zabezpieczenie przed odłączeniem aparatu od wózka przez niepowołane osoby,
	+ możliwość regulacji wysokości,
	+ dedykowane miejsce na videoprinter,
	+ dodatkowa półka na akcesoria
 | Tak, opisać |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Tryby pracy aparatu**
 |
|  | Obrazowanie w trybie:* B-mode,
* M-mode,
* Kolor Doppler,
* Kierunkowy Power Doppler,
* Doppler PW (Pulsed Wave),
* Doppler CW (Continuous Wave)
 | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulowana głębokość penetracji w trybie 2D | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres głębokości penetracji [cm] | Min. 1 – 30 cm (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Zmiana głębokości penetracji [cm] | Max. co 1 cm (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres regulacji siły akustycznej  | ≥ 10 ÷ 100% (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Liczba ustawień różnych prędkości prezentacji w trybie M-mode | ≥ 8 (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Obrazowanie harmoniczne | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Technologia redukcji plamek ultrasonograficznych z jednoczesnym podkreśleniem granic tkanek | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu za pomocą jednego przycisku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczne ustawienie obszaru zainteresowania ROI na badanym naczyniu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczne ustawienie kąta bramki w trybie PW i Kolor Doppler | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczny dobór wielkości bramki i jej pozycji w trybie PW | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej | ≥ 38 000 (podać) |  |  | Bez punktacji |
| 1.
 | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego  | ≥ 13.4 mm/s - 38.5 m/s (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość przełączania widoku do trybu pełno ekranowego za pomocą jednego przycisku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Odświeżanie obrazu (FrameRate) dla trybu B | ≥ 400 obrazów/ sek. (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Odświeżanie obrazu (FrameRate) B + kolor (CD) | ≥ 100 obrazów/ sek. (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Szerokopasmowe obrazowanie harmoniczne nie mniej niż 2 zakresy częstotliwości | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Obrazowanie w trybie Dopplera Pulsacyjnego PWD | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres prędkości Dopplera Pulsacyjnego PWD | ≥ 2,7 mm/s –9,2 m/s (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja bramki dopplerowskiej w trybie Dopplera Pulsacyjnego w zakresie | ≥ 1 mm – 30 mm (podać) |  |  | Bez punktacji |
| 1.
 | M – mode anatomiczny | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczny pomiar IMT | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość jednoczesnego (w czasie rzeczywistym) uzyskania spectrum przepływu z trzech niezależnych bramek dopplerowskich w kombinacji z kolorowym Dopplerem | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Powiększenie obrazu | ≥ 10x (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja wzmocnienia TGC | ≥ 8 segmentów (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja wzmocnienia LGC | ≥ 2 segmenty (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowany adapter Wi-Fi | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Menu w języku polskim | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Głowica typu liniowego**
 |
|  | Szerokopasmowa, elektroniczna głowica do badań naczyniowych, małych narządów, mięśniowo-szkieletowych, nerwów | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres częstotliwości głowicy [MHz] | Min. 4 – 15 MHz (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Ilość kryształów piezoelektrycznych | Min. 192 (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Szerokość pola [mm] | Min. 35 mm (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Głębokość skanowania [cm] | Min. 1 – 12 cm (podać) |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Głowica sektorowa typu PhasedArray**
 |
|  | Zakres częstotliwości głowicy [MHz] | Min. 4 – 1 MHz (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Ilość kryształów piezoelektrycznych | Min. 64 (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Pole widzenia [°] | Min. 90° (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Głębokość skanowania [cm] | Min. 3 – 30 cm (podać) |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Głowica typu convex**
 |
|  | Zakres częstotliwości głowicy [MHz] | Min. 1 – 5 MHz (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Ilość kryształów piezoelektrycznych | Min. 125 (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Kąt pola skanowania minimum 54° | Min. 54° (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Szerokość pola [mm] | Min. 60 mm (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Głębokość skanowania [cm] | Min. 3 – 30 cm (podać) |  |  | Bez punktacji |
| 1. **System archiwizacji**
 |
|  | Wbudowany dysk SSD o pojemności minimum 240 GB | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zapis obrazów na zewnętrzne nośniki poprzez złącze USB – minimum 2 porty USB | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Złącze Ethernet – minimum 1 port | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Złącze HDMI | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Złącze Ethernet | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dedykowane złącze EKG | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | DICOM | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość archiwizacji w „chmurze” | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania**
 |
|  | Videoprinter czarno-biały | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Okres gwarancji 60 miesięcy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja dostępności autoryzowanego serwisu oraz części zamiennych po upływie okresu gwarancyjnego – nie mniej niż 10 lat licząc od daty jej zakończenia. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Częstotliwość przeglądów wszystkich dostarczonych urządzeń | Podać, opisać |  |  | Bez punktacji |
|  | Uzupełniony paszport techniczny, podpisany przez uprawnionego serwisanta wraz z kartą gwarancyjną. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności CE z wymaganiami określonymi w dyrektywie 98/79/WE wydaną przez wytwórcę/ autoryzowanego przedstawiciela zgodnie z ww. ustawą o wyrobach medycznych – dotyczy urządzeń, które są wyrobami medycznymi. Dostarczenie wraz z dostawą aparatem. | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostarczenie instrukcji obsługi do wszystkich dostarczonych urządzeń, a także oprogramowania, oraz dokumentacji technicznej w języku polskim, w wersji papierowej i elektronicznej – po 1 szt. w każdej z wersji. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szkolenie stanowiskowe w miejscu instalacji (potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem) | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na terenie kraju | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na oferowane urządzenia (załączyć stosowną autoryzację), podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
| **Poz. 2** |
| 1. **Ultrasonograf**

**model / typ: ……………………………****producent: ……………………………** |
| **Rok produkcji: ………………………** |
| ***Lp.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1. **Wymogi formalne**
 |
|  | Aparat oraz akcesoria fabrycznie nowe, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2023 roku | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie medyczne do obrotu i  używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022. (Dz. U z 2022 r. poz. 974 i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 (deklaracja zgodności UE) | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
|  | Zgłoszenie wyrobu lub powiadomienie Prezesa Urzędu RPLWMiPB | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wymogi podstawowe**
 |
|  | Zasilanie 230 V, 50Hz | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowany akumulator | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Czas pracy na wbudowanym akumulatorze | Wymagana wartość min. 60 min. (podać) |  |  | Wartość graniczna – 0 pkt.Wartość największa – 5 pkt. Pozostałe proporcjonalnie. |
|  | Czas całkowitego naładowania akumulatora nie dłużej niż 3h | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | W pełni cyfrowy szerokopasmowy układ formowania wiązki ultradźwiękowej  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Aparat mobilny | Tak, opisać |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres pracy [MHz] | Wymagana wartość min. 2 MHz – 16 MHz (podać) |  |  | Wartość graniczna – 0 pkt.Wartość największa – 5 pkt. Pozostałe proporcjonalnie. |
|  | Dynamika systemu co najmniej 180 dB | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Aparat wyposażony w monitor LED * przekątna min. 15’’
* rozdzielczość min. 1024 x 768
 | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Aktywne porty do głowic wbudowane w aparat min. 2 | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość jednoczesnego podłączenia do aparatu min. 3 głowic | Tak (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Waga aparatu wraz z wbudowanym akumulatorem [kg] | Max. 7 kg |  |  | Wartość graniczna – 0 pkt.Wartość najmniejsza – 5 pkt. Pozostałe proporcjonalnie. |
|  | Start systemu z trybu czuwania [s] | ≤ 6 s (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Start systemu od momentu pełnego uruchomienia urządzenia [s] | Wymagana wartość max. 45 s (podać) |  |  | Wartość graniczna – 0 pkt.Wartość najmniejsza – 5 pkt. Pozostałe proporcjonalnie. |
|  | Czas wyłączenia systemu [s] | ≤ 20 s (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Zainstalowane w oferowanym aparacie oprogramowanie do badań: - kardiologicznych- naczyniowych- medycyny ratunkowej- anestezjologicznych- małych narządów- mięśni szkieletowych- brzusznych- ortopedycznych- urologicznych- ginekologiczno-położniczych | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dedykowany do aparatu wózek wyposażony w:* + 4 koła skrętne z możliwością ich blokowania o średnicy nie mniejszej niż 125 mm,
	+ uchwyty na głowice i żel,
	+ zabezpieczenie przed odłączeniem aparatu od wózka przez niepowołane osoby,
	+ możliwość regulacji wysokości,
	+ dedykowane miejsce na videoprinter,

dodatkowa półka na akcesoria | Tak, opisać |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Tryby pracy aparatu**
 |
|  | Obrazowanie w trybie:* B-mode,
* M-mode,
* Kolor Doppler,
* Kierunkowy Power Doppler,
* Doppler PW (Pulsed Wave),

Doppler CW (Continuous Wave) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulowana głębokość penetracji w trybie 2D | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres głębokości penetracji [cm] | Min. 1 – 30 cm (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Zmiana głębokości penetracji [cm] | Max. co 1 cm (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres regulacji siły akustycznej  | ≥ 10 ÷ 100% (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Liczba ustawień różnych prędkości prezentacji w trybie M-mode | ≥ 8 (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Obrazowanie harmoniczne | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Technologia redukcji plamek ultrasonograficznych z jednoczesnym podkreśleniem granic tkanek | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu za pomocą jednego przycisku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczne ustawienie obszaru zainteresowania ROI na badanym naczyniu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczne ustawienie kąta bramki w trybie PW i Kolor Doppler | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczny dobór wielkości bramki i jej pozycji w trybie PW | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej | ≥ 38 000 (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego  | ≥ 13.4 mm/s - 38.5 m/s (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość przełączania widoku do trybu pełno ekranowego za pomocą jednego przycisku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Odświeżanie obrazu (FrameRate) dla trybu B | ≥ 400 obrazów/ sek. (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Odświeżanie obrazu (FrameRate) B + kolor (CD) | ≥ 100 obrazów/ sek. (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Szerokopasmowe obrazowanie harmoniczne nie mniej niż 2 zakresy częstotliwości | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Obrazowanie w trybie Dopplera Pulsacyjnego PWD | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres prędkości Dopplera Pulsacyjnego PWD | ≥ 2,7 mm/s –9,2 m/s (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja bramki dopplerowskiej w trybie Dopplera Pulsacyjnego w zakresie | ≥ 1 mm – 30 mm (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | M – mode anatomiczny | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczny pomiar IMT | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość jednoczesnego (w czasie rzeczywistym) uzyskania spectrum przepływu z trzech niezależnych bramek dopplerowskich w kombinacji z kolorowym Dopplerem | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Powiększenie obrazu | ≥ 10x (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja wzmocnienia TGC | ≥ 8 segmentów (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja wzmocnienia LGC | ≥ 2 segmenty (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowany adapter Wi-Fi | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Menu w języku polskim | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Dodatkowe oprogramowanie zainstalowane w aparacie**
 |
|  | Oprogramowanie do obrazowania igły biopsyjnej | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Głowica endrectalna do badań urologicznych i ginekologiczno – położniczych**
 |
|  | Zakres częstotliwości głowicy [MHz] | Min. 4 – 10 MHz (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Ilość kryształów piezoelektrycznych | Min. 128 (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Pole widzenia [°] | Min. 150° (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Głębokość skanowania [cm] | Min. 1 – 12 cm (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość pracy z przystawką biopsyjną | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Głowica typu convex**
 |
|  | Zakres częstotliwości głowicy [MHz] | Min. 1 – 5 MHz (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Ilość kryształów piezoelektrycznych | Min. 125 (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Kąt pola skanowania minimum 54° | Min. 54° (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Szerokość pola [mm] | Min. 60 mm (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Głębokość skanowania [cm] | Min. 3 – 30 cm (podać) |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Głowica typu liniowego**
 |
|  | Zakres częstotliwości głowicy [MHz] | Min. 4 – 15 MHz (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Ilość kryształów piezoelektrycznych | Min. 192 (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Szerokość pola [mm] | Min. 35 mm (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Głębokość skanowania [cm] | Min. 1 – 12 cm (podać) |  |  | Bez punktacji |
| 1. **System archiwizacji**
 |
|  | Wbudowany dysk SSD o pojemności minimum 240 GB | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zapis obrazów na zewnętrzne nośniki poprzez złącze USB – minimum 2 porty USB | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Złącze Ethernet – minimum 1 port | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Złącze HDMI | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Złącze Ethernet | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dedykowane złącze EKG | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | DICOM | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość archiwizacji w „chmurze” | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania**
 |
|  | Videoprinter czarno-biały | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Okres gwarancji 60 miesięcy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja dostępności autoryzowanego serwisu oraz części zamiennych po upływie okresu gwarancyjnego – nie mniej niż 10 lat licząc od daty jej zakończenia. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Częstotliwość przeglądów wszystkich dostarczonych urządzeń | Podać, opisać |  |  | Bez punktacji |
|  | Uzupełniony paszport techniczny, podpisany przez uprawnionego serwisanta wraz z kartą gwarancyjną. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności CE z wymaganiami określonymi w dyrektywie 98/79/WE wydaną przez wytwórcę/ autoryzowanego przedstawiciela zgodnie z ww. ustawą o wyrobach medycznych – dotyczy urządzeń, które są wyrobami medycznymi. Dostarczenie wraz z dostawą aparatem. | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostarczenie instrukcji obsługi do wszystkich dostarczonych urządzeń, a także oprogramowania, oraz dokumentacji technicznej w języku polskim, w wersji papierowej i elektronicznej – po 1 szt. w każdej z wersji. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szkolenie stanowiskowe w miejscu instalacji (potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem) | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na terenie kraju | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na oferowane urządzenia (załączyć stosowną autoryzację), podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
| **Serwis gwarancyjny, lokalizacja:** |
|  | **Pełna nazwa serwisu:**  |
|  | **Adres:**  |
|  | **Telefon:**  |
|  | **e-mail:** |
|  | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności związanych z okresową konserwacją, obsługą serwisową, przeglądami, sprawdzaniem lub kontrolą bezpieczeństwa | *(podać)* |
|  | Wykaz dostawców część zamiennych i zużywalnych oraz materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania przedmiotu zamówienia | *(podać)* |
|  | Zgłoszenia awarii/ wad/ błędów/ usterek | *(podać)**Numer telefonu: ………………………………………………………..,* *email:………………………………………………………….…………* |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać zakresy***

Wartości podane w rubrykach Parametr/Parametry wymagane stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty (nie dotyczy parametrów ocenianych, gdzie Wykonawca może wpisać „NIE”, nie otrzymując tym samym punktów).

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantują bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewniają wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenia są kompletne i będą gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

 *uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*