|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **Część 1 Dostawa, instalacja i uruchomienie aparatu USG** |

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=”, „min.” lub „max.”) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
* Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* W kolumnie „Lokalizacja w materiałach firmowych potwierdzenia parametru [str w ofercie, plik]” w przypadku wyrażenia "nie dotyczy" potwierdzenie w materiałach firmowych nie jest konieczne, natomiast w pozostałych przypadkach wykonawca ma obowiązek w tej kolumnie wskazania, gdzie w materiałach firmowych znajduje się parametr zadeklarowany w kolumnie "parametr oferowany".
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: 2023), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* Brak potwierdzenia w materiałach firmowych zakresu większego niż wymagany, pomimo jego wskazania w kolumnie „Parametr oferowany”, spowoduje nie przyznanie punktów za ten parametr.
* W przypadku punktacji proporcjonalnej ocena jest przeprowadzana w sposób następujący: oferta zawierająca najkorzystniejszą wartość otrzymuje maksymalną liczę punktów, wszystkie pozostałe proporcjonalnie mniej w stosunku do najkorzystniejszej wartości.

Nazwa i typ: ...............................................................................

Producent / kraj produkcji: .........................................................

Rok produkcji: …....................................................

**Tabela wyceny:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość (liczba sztuk)** | **Cena brutto sprzętu (w zł)** |
| **A: Cena brutto\* za cały sprzęt:** | Aparat USG | **1** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **B: Cena brutto\* dostawy, instalacji i uruchomienia całego sprzętu (w zł):** |  |
|  | **C: Cena brutto\* wszystkich szkoleń (w zł):** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A+ B + C: Cena brutto\* oferty (w zł):** |  |

*\* jeżeli wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, należy podać cenę netto.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **Lokalizacja w materiałach firmowych potwierdzenia parametru [str w ofercie, plik]** | **OCENA PKT** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** | | | | | |
|  | Aparat stacjonarny, z podstawą jezdną na kołach z możliwością ich blokady | tak |  |  | - - - |
|  | Liczba niezależnych gniazd do podłączenia głowic obrazowych min.3 | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Monitor przekątna min. 20” | tak, podać |  |  | największa wielkość przekątnej – 2 pkt, wymagane – 0, inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Regulowane położenie konsoli w pionie (wysokość) i poziomie (obrót) | tak |  |  | - - - |
|  | Ekran pomocniczy dotykowy min. 10” | tak, podać |  |  | największa wielkość przekątnej – 2 pkt, wymagane – 0, inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Standardowe zasilanie sieciowe (230 V /50Hz) Zasilanie z baterii na min. 90 min. pracy | tak, podać |  |  | - - - |
| **PARAMETRY OBRAZOWANIA** | | | | | |
|  | Minimalny wybieralny zakres częstotliwości głowic 1,5-20 MHz | tak, podać |  |  | największa wartość – 2 pkt, wymagane – 0, inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Maksymalna głębokość obrazowania co najmniej 40 cm | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Ilość kanałów procesowych minimum – 2 000 000 | tak, podać |  |  | największa wartość – 2 pkt, wymagane – 0, inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Częstotliwość odświeżania obrazu (dla obrazowania 2D) min. 1350 fps | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Zakres dynamiki obrazowania min. 240dB | tak, podać |  |  | - - - |
| **TRYBY OBRAZOWANIA** | | | | | |
|  | 2D | tak |  |  | - - - |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu w zależności od jego treści przy pomocy jednego przycisku | tak |  |  | - - - |
|  | 2D+M | tak |  |  | - - - |
|  | Tryb M-Mode | tak |  |  | - - - |
|  | M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym | tak |  |  | - - - |
|  | Kolor M-mode | tak |  |  | - - - |
|  | Doppler spektralny z falą pulsacyjną (PW-D), maksymalna mierzona prędkość przepływu przy zerowym kącie min. 7 m/s | tak, podać |  |  | największa wartość – 2 pkt, wymagane – 0, inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Regulacja wielkości bramki (zakres min. 0,5-20 mm) | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Power doppler z oznaczeniem kierunku przepływu | tak |  |  | - - - |
|  | Kolor Doppler, maksymalna prędkość przepływu min. 1,45 m/s | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) dostępne na głowicy kardiologicznych Phased Array Min.: +/- 15 m/s (przy zerowym kącie bramki) | tak, podać |  |  | największy zakres – 2 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Ciągłego min. 1.5-40 kHz | tak, podać |  |  | największy zakres – 2 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych | tak |  |  | - - - |
|  | Doppler Tkankowy | tak |  |  | - - - |
|  | Oprogramowanie do wektorowego obrazowania kurczliwości mięśnia sercowego w trybie 2D z oprogramowaniem do analizy całościowej I lokalnej kurczliwości mięśnia sercowego Strain I Strain Rate | podać |  |  | tak – 1 pkt  nie – 0 pkt |
|  | Oprogramowanie do automatycznego pomiaru frakcji wyrzutowej | podać |  |  | tak – 1 pkt  nie – 0 pkt |
| **Głowica liniowa** | | | | | |
|  | Głowica liniowa o częstotliwościach obrazowania w zakresie min. 4,5-12,0 MHz, | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Wykonanie w technologii z pojedynczego monokryształu piezoelektrycznego lub w technologii wielowarstwowej | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Pole obrazowania, wartość mieszcząca się w zakresie 28-38 mm | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Minimum 3 pasma częstotliwości obrazowania harmonicznego | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Liczba kryształów elementów w głowicy - min. 192 | tak, podać |  |  | - - - |
| **Głowica convex** | | | | | |
|  | Głowica convex o częstotliwościach obrazowania w zakresie min. 1,0-5,0 MHz, | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Wykonanie w technologii z pojedynczego monokryształu piezoelektrycznego lub w technologii wielowarstwowej | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Pole obrazowania min. 70º | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Minimum 3 pasma częstotliwości obrazowania harmonicznego | tak |  |  | - - - |
|  | Liczba kryształów elementów w głowicy - min. 192 | tak, podać |  |  | - - - |
| **Głowica sektorowa** | | | | | |
|  | Głowica kardiologiczna Phased Array, Single Crystal, szerokopasmowa, o częstotliwościach obrazowania w zakresie min. 1,0-5,0 MHz | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Kąt skanowania min. 90º | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Minimum 3 pasma częstotliwości obrazowania harmonicznego | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Liczba elementów w głowicy - min. 80 | tak, podać |  |  | - - - |
| **ARCHIWIZACJA** | | | | | |
|  | Pojemność pamięci CINE dla obrazów 2D: min. 14 000 obrazów | tak, podać |  |  | największa wartość – 2 pkt, wymagane – 0, inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Pojemność pamięci CINE dla trybu M lub doppler: min. 10s | tak, podać |  |  | największa wartość – 2 pkt, wymagane – 0, inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Urządzenie wyposażone w wewnętrzny twardy dysk o poj. Min. 500 GB umożliwiający archiwizację raportów z badań, obrazów i pętli obrazowych | tak, podać |  |  | największa wartość – 2 pkt, wymagane – 0, inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Możliwość zapisu obrazów i pętli obrazowych na nośnikach ze złączem USB w formatach jpeg, avi,, DICOM | tak |  |  | - - - |
|  | Videoprinter czarno-biały sterowany z klawiatury aparatu | tak |  |  | - - - |
|  | Interfejs sieciowy DICOM 3.0 | tak |  |  | - - - |
|  | Możliwość rozbudowy o sondę liniową śródoperacyjną typu „hockey” o częstotliwości min. 5,5 – 15 MHz i szerokości czoła max. 26 mm | podać |  |  | tak – 0,5 pkt  nie – 0 pkt |
|  | Możliwość rozbudowy o sondę liniową śródoperacyjną laparoskopową o częstotliwości min. 3-13 MHz i szerokości czoła max. 50 mm | podać |  |  | tak – 0,5 pkt  nie – 0 pkt |
| **Aspekty społeczne, środowiskowe i innowacyjne** | | | | | |
|  | Tryb niskiego poboru mocy [kW/h] | podać |  |  | tak – 0,5 pkt  nie – 0 pkt |
|  | Instrukcja obsługi zawierająca wskazówki zarządzania wydajnością i energooszczędnością urządzenia | podać |  |  | tak – 0,5 pkt  nie – 0 pkt |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego i technicznego w zakresie efektywności energetycznej urządzenia | podać |  |  | tak – 0,5 pkt  nie – 0 pkt |
|  | Certyfikaty producenta potwierdzające wprowadzenie systemu zarządzania produkcji zgodnego z dyrektywami i/lub normami dotyczącymi ekologii, energooszczędności | podać |  |  | tak – 0,5 pkt  nie – 0 pkt |
|  | Możliwość automatycznego przechodzenia urządzenia w tryb czuwania/niskiego poboru mocy | podać |  |  | tak – 0,5 pkt  nie – 0 pkt |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** | | | | |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów.  UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 5 lat. | >= 24 |  | Najdłuższy okres – 5 pkt.,  Inne – proporcjonalnie mniej (względem najdłuższej zaoferowanej gwarancji) |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat | podać |  | tak – 3 pkt  nie – 0 pkt |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Przyjazd serwisu po zgłoszeniu awarii w okresie gwarancji do 2 dni (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00 ) | tak, podać |  | 1 dzień – 5 pkt  2 dni – 0 pkt, |
|  | Czas na naprawę usterki – do 5 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 10 dni (dotyczy dni roboczych) | tak |  | - - - |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta) | tak, podać ilość wszystkich przeglądów w okresie gwarancji lub brak wymogu producenta wykonywania przeglądów (obowiązek dokonania wpisu w paszporcie) |  | - - - |
|  | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | podać |  | jeden w roku, lub brak wymogu producenta wykonywania przeglądów (obowiązek dokonania wpisu w paszporcie) – 5 pkt, więcej niż 1– 0 pkt |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.) | tak |  | - - - |
|  | Aparat jest lub będzie pozbawiony, po zakończeniu gwarancji, wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | tak |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** |  |  |  |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny i techniczny | tak, podać |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim i angielskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza. | tak |  | - - - |
|  | Z aparatem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), | tak |  | - - - |