Załącznik nr 2 do SWZ

 Znak: ZP/PRTG/16/23

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH ORAZ WARUNKI PODLEGAJĄCE OCENIE**

**Pakiet 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis/ parametry wymagane** | **Wymogi graniczne Tak/Nie** | **Parametry oferowane/** **podać zakresy lub opisać** | **Punktacja** |
| **PANTOMOGRAF** |
| 1 | Nazwa | Podać  |  |  |
| 2 | Producent | Podać |  |  |
| 3 | Model | Podać |  |  |
| 4 | Rok produkcji nie straszy niż 2023 | Podać |  |  |
| 5 | Aparat fabrycznie nowy, urządzenie medyczne klasy IIb | Tak |  |  |
| 6 | Klasyfikacja IEC 60601-1 - Klasa I, typ B | Tak |  |  |
| 7 | Stosowane części - zgodnie z IEC 60601‐1: 2012 | Tak |  |  |
| 8 | Urządzenie medyczne zarejestrowane w Polsce | Tak |  |  |
| 9 | Urządzenie, które można rozbudować o przystawkę cefalometryczną | Tak |  |  |
| 10 | Urządzenie, które można rozbudować do tomografu CBCT 3D | Tak |  |  |
| 11 | Wszystkie panele sterowania używane przez użytkownika w j. polskim | Tak |  |  |
| 12 | Panel sterowania zamocowany na urządzeniu | Tak/Nie |  | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |
| 13 | Oprogramowanie w j. polskim | Tak |  |  |
| 14 | Maksymalne napięcie lampy ≥ 84 kV | Tak |  |  |
| 15 | Prąd lampy (zakres) ≤1- ≥16 mA | Tak |  |  |
| 16 | Częstotliwość pracy generatora, tryb rezonansowy, DSP-kontrolowane (w zakresie) 80-150 kHz | Tak |  |  |
| 17 | Ognisko lampy ≤ 0,5 mm | Tak |  |  |
| 18 | Filtracja całkowita ≥ 2,5 mm Al. | Tak |  |  |
| 19 | Równoważnik filtracji przedniej pokrywy obudowy głowicy (nie ujęty w podanej filtracji łącznej) ≥0,3 mm Al przy 70 kV / HVL ≥ 2,6 mm Al. | Tak |  |  |
| **Obrazowanie pantomograficzne** |
| 20 | Regulowany kształt i wielkość ogniskowej | Tak |  |  |
| 21 | Automatyczna kompensacja cienia kręgosłupa | Tak |  |  |
| 22 | Pozycjonowanie pacjenta "twarzą w twarz" | Tak |  |  |
| 23 | Pozycjonowanie pozycji pacjenta przy użyciu minimum 2 linii laserowych | Tak Podać |  | ≥ 3 linie – 10 pkt2 linie – 0 pkt |
| 24 | Funkcja wykonywanie obrazów zoptymalizowane do diagnostyki przestrzeni międzyzębowych | Tak/Nie |  | Tak – 10pktNie – 0 pkt |
| 25 | Zdjęcia pantomograficzne dla dzieci (ze zmniejszonym obszarem i dawką promieniowania | Tak |  |  |
| 26 | Wykonywanie badań w pozycji stojącej i siedzącej | Tak |  |  |
| 27 | Wykonywanie badań pacjentom na wózkach inwalidzkich | Tak/Nie |  | Tak – 10 pktNie – 0 pkt |
| 28 | Filtry przetwarzania obrazu (opisać) | Tak |  |  |
| 29 | Technologia czujnika CCD | Tak |  |  |
| 30 | Wielkość pixela ≤ 50 µm | Tak |  |  |
| 31 | Możliwość wyboru wielkości piksela na obrazie, minimum 3 wielkości | Tak |  |  |
| 32 | Skala szarości otrzymywanych obrazów ≥15 bit | Tak |  |  |
| 33 | SID ≥ 500 mm | Tak |  |  |
| **Obrazowanie cefalometryczne** |
| 34 | Obraz cefalometryczny, maksymalne pole ≥ 30x27 cm | Tak |  |  |
| 35 | Możliwość kolimacji obrazu cefalometrycznego | Tak |  |  |
| 36 | Regulacja wysokości na przystawce cefalometrycznej | Tak |  |  |
| 37 | Wykonywanie zdjęć AP/PA czaszki | Tak |  |  |
| **Oprogramowanie** |
| 38 | Oprogramowanie diagnostyczne z bezterminową licencją na używanie | Tak |  |  |
| 39 | Oprogramowanie pracujące w systemach Win 11 Pro, Win 2016 Server, Mac OS X | Tak |  |  |
| 40 | Zamawiane urządzenie – musi pracować w jednym środowisku sieciowym w oparciu o bazę danych w technologii SQL | Tak |  |  |
| 41 | Składowanie zdjęć rtg w formacie DICOM 3.0 | Tak |  |  |
| **Wyposażenie dodatkowe** |
| 42 | Fartuch ochronny do wykonywania zdjęć pantomograficznych | Tak |  |  |
| 43 | Komputer zgodnie z wymaganiami producenta min.4GB RAM, 3GHz, 512 GB, mysz, klawiatura | Tak |  |  |
| 44 | Monitor medyczny, diagnostyczny min. 21” | Tak |  |  |
| **INNE WARUNKI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| 45 | Okres gwarancji na całość przedmiotu zamówienia (nie dopuszcza się gwarancji w formie ubezpieczenia) min 24 miesiące | Tak |  |  |
| 46 | Deklaracja zgodności CE lub inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych | Tak |  |  |
| 47 | Instrukcje obsługi w języku polskim na całość przedmiotu zamówienia – dostarczone wraz ze sprzętemw postaci wydrukowanej i elektronicznej, zakres drukowanych instrukcji do uzgodnienia z Zamawiającym | Tak |  |  |
| 48 | Wykonanie projektu osłon stałych z akceptacją Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego |  |  |  |
| 49 | Wykonanie testów akceptacyjnych,  | Tak |  |  |
| 50 | Możliwość przeprowadzania zdalnej diagnostyki serwisowej systemów za pomocą sieci teleinformatycznej, poprzez zestawiane pod kontrolą Zamawiającego, chronione regułami VPN łącze | Tak |  |  |
| 51 | W okresie gwarancyjnym wykonywanie bezpłatnych przeglądów zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, zakończone wystawieniem certyfikatu dopuszczającego do eksploatacji, w tym jeden na koniec okresu gwarancyjnego |  |  |  |
| 52 | Szkolenie personelu obsługującego aparaturę w siedzibie Zamawiającego przez okres min. 2 dni | Tak |  |  |
| 53 | Dostarczenie zatwierdzonego przez Sanepid projektu osłon stałych dla całego gabinetu | Tak |  |  |
| 54 | Autoryzowany serwis gwarancyjny na terenie Polski – podać nazwę firmy, adres i dane kontaktowe | Tak/Podać |  |  |
| 55 | Czas reakcji serwisu – max 24 h. (w dni robocze). Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h (w dni robocze)***.*** | Tak/Podać |  |  |
| 56 | Czas naprawy bez użycie części zamiennych max 5 dni roboczych | Tak |  |  |
| 57 | Czas naprawy niewymagający sprowadzenia części zamiennych max 7 dni robocze | Tak |  |  |
| 58 | Czas naprawy wymagający sprowadzenia części zamiennych max 10 dni roboczych | Tak |  |  |
| 59 | W przypadku 3-krotnej naprawy gwarancyjnej tego samego zespołu /elementu przedmiotu umowy Wykonawca wymieni przedmiotowy zespół/ element na nowy na podstawie zgłoszenia żądania Zamawiającego. | Tak |  |  |
| 60 | Całościowe pokrycie przez Wykonawcę następujących kosztów: napraw gwarancyjnych i przeglądów urządzeń w okresie trwania gwarancji wraz z kosztami dojazdów. | Tak |  |  |
| 61 | Gwarancja dostępności części zamiennych min. 10 lat od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych. | Tak |  |  |
| 62 | Aktualizacja oprogramowania zainstalowanego wdostarczonych urządzeniach w okresie trwaniagwarancji w ramach ceny oferty | Tak |  |  |

**Pakiet 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis/ parametry wymagane** | **Wymogi graniczne Tak/Nie** | **Parametry oferowane/** **podać zakresy lub opisać** | **Punktacja** |
| **PUNKTOWY APARAT RTG** |
| 1 | Nazwa | Podać |  |  |
| 2 | Producent | Podać |  |  |
| 3 | Model | Podać |  |  |
| 4 | Rok produkcji nie straszy niż 2023 | Podać |  |  |
| 5 | Aparat fabrycznie nowy | Tak |  |  |
| 6 | Zasilanie sieci 220-240 V ~ (±10 %), 50/60 Hz | Tak |  |  |
| 7 | Napięcie lampy 60-70 kV | Tak |  |  |
| 8 | Prąd lampy 2-8 mA | Tak |  |  |
| 9 | Częstotliwość robocza maks. 100 Hz | Tak |  |  |
| 10 | Ognisko lampy maks. 0.4 mm | Tak |  |  |
| 11 | Filtracja całkowita > 2.0 mm eq. Al. | Tak |  |  |
| 12 | Średnica tubusa 60 mm | Tak |  |  |
| 13 | Filtracja całkowita Min. 2.0 mm eq. Al. | Tak |  |  |
| 14 | Zasięg ramion przy montażu na ścianie min. 200 cm | Tak/Nie |  | ≥ 200 cm – 40 pkt<200 cm – 0 pkt |
| 15 | Mobilny sterownik, z możliwością powieszenia na ścianie | Tak |  |  |
| **RADIOWIZJOGRAFIA CYFROWA** |
| 16 | Nazwa | Podać |  |  |
| 17 | Producent | Podać |  |  |
| 18 | Model | Podać |  |  |
| 19 | Rok produkcji nie straszy niż 2023 | Podać |  |  |
| 20 | Urządzenie fabrycznie nowe | Tak |  |  |
| 21 | Typ sensora CMOS | Tak |  |  |
| 22 | Rozdzielczość ≥ 30 pl/mm | Tak |  |  |
| 23 | Czujnik wewnątrzustny RVG w technologii HD | Tak |  |  |
| 24 | Wymiar aktywnego obszaru ≥ 20 mm(W) x 30 mm (H) | Tak |  |  |
| 25 | Czujnik w obudowie hermetycznej, wodoodpornej, kabel czujnika wzmacniany kevlarem | Tak |  |  |
| 26 | Oprogramowanie pracujące w systemach MS, OS | Tak |  |  |
| 27 | Licencja bezterminowa | Tak |  |  |
| 28 | Oprogramowanie w standardzie DICOM | Tak |  |  |
| 29 | Komputer zgodny z wymaganiami producenta min.4GB RAM, 3GHz, 512 GB, mysz, klawiatura | Tak |  |  |
| 30 | Monitor medyczny, diagnostyczny min. 21” | Tak |  |  |
| **INNE WARUNKI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| 31 | Okres gwarancji na całość przedmiotu zamówienia (nie dopuszcza się gwarancji w formie ubezpieczenia) min 24 miesiące | Tak |  |  |
| 32 | Deklaracja zgodności CE lub inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych | Tak |  |  |
| 33 | Instrukcje obsługi w języku polskim na całość przedmiotu zamówienia – dostarczone wraz ze sprzętemw postaci wydrukowanej i elektronicznej, zakres drukowanych instrukcji do uzgodnienia z Zamawiającym | Tak |  |  |
| 34 | Wykonanie projektu osłon stałych z akceptacją Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego |  |  |  |
| 35 | Wykonanie testów akceptacyjnych,  | Tak |  |  |
| 36 | Możliwość przeprowadzania zdalnej diagnostyki serwisowej systemów za pomocą sieci teleinformatycznej, poprzez zestawiane pod kontrolą Zamawiającego, chronione regułami VPN łącze | Tak |  |  |
| 37 | W okresie gwarancyjnym wykonywanie bezpłatnych przeglądów zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, zakończone wystawieniem certyfikatu dopuszczającego do eksploatacji, w tym jeden na koniec okresu gwarancyjnego |  |  |  |
| 38 | Szkolenie personelu obsługującego aparaturę w siedzibie Zamawiającego przez okres min. 2 dni | Tak |  |  |
| 39 | Dostarczenie zatwierdzonego przez Sanepid projektu osłon stałych dla całego gabinetu | Tak |  |  |
| 40 | Autoryzowany serwis gwarancyjny na terenie Polski – podać nazwę firmy, adres i dane kontaktowe | Tak/Podać |  |  |
| 41 | Czas reakcji serwisu – max 24 h. (w dni robocze). Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h (w dni robocze)***.*** | Tak/Podać |  |  |
| 42 | Czas naprawy bez użycie części zamiennych max 5 dni roboczych |  |  |  |
| 43 | Czas naprawy niewymagający sprowadzenia części zamiennych max 7 dni robocze | Tak |  |  |
| 44 | Czas naprawy wymagający sprowadzenia części zamiennych max 10 dni roboczych | Tak |  |  |
| 45 | W przypadku 3-krotnej naprawy gwarancyjnej tego samego zespołu /elementu przedmiotu umowy Wykonawca wymieni przedmiotowy zespół/ element na nowy na podstawie zgłoszenia żądania Zamawiającego. | Tak |  |  |
| 46 | Całościowe pokrycie przez Wykonawcę następujących kosztów: napraw gwarancyjnych i przeglądów urządzeń w okresie trwania gwarancji wraz z kosztami dojazdów. | Tak |  |  |
| 47 | Gwarancja dostępności części zamiennych min. 10 lat od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń Powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia 5 letnią dostępność części zamiennych. | Tak |  |  |
| 48 | Aktualizacja oprogramowania zainstalowanego wdostarczonych urządzeniach w okresie trwaniagwarancji w ramach ceny oferty | Tak |  |  |

**UWAGA!**

1. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
2. Kolumna „Parametry oferowane przez Wykonawcę” musi być w całości wypełniona. Niewypełnienie w całości spowoduje odrzucenie oferty.

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Podpis własnoręczny nie jest tożsamy z elektronicznym podpisem osobistym.***
3. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***