|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..  (nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 2 do SWZ** |
| **dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym z możliwością przeprowadzenia negocjacji na „Dostawę Ultrasonografu okulistycznego – 1 kpl.”**  **znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.16.2023** | | |
| **FORMULARZ CENOWY** | | |
| Cenę brutto (zł), będącą podstawą do wyliczenia punktów za cenę otrzymujemy ze wzoru: Wartość jednostkowa netto (zł) razy Ilość – daje Wartość netto (zł), z której to wartości liczymy podatek VAT i po dodaniu podatku VAT do wartości netto otrzymujemy Cenę brutto (zł).   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Nazwa asortymentu** | **Ilość**  **1 kpl.** | **Wartość netto PLN** | **VAT %[[1]](#footnote-1)** | **Kwota VAT PLN** | **Cena brutto PLN** | | **1.** | **Ultrasonograf okulistyczny z wyposażeniem** | **1 Kpl.** |  | **……** |  |  | | **….** |  |  |  |  |  |  | | **….** |  |  |  |  |  |  |   **W przypadku występowania różnych stawek VAT, Wykonawca jest zobowiązany podać zaproponowaną kwotę odpowiednio dla wartości netto i ceny brutto dla poszczególnych stawek VAT oraz Kwotę Łączną (wartości netto i ceny brutto).**  **PARAMETRY TECHNICZNE**  **Ultrasonograf okulistyczny z wyposażeniem – 1 kpl.**  **Wykonawca: ………………………………………………………………………….**  **Nazwa i typ: ………………………………………………………………………….**  **Producent/ Kraj : ………………………………………………………………………….**  **Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany,**  **nie powystawowy / nie wcześniej niż 2022**  **Odpowiedź NIE w przypadku parametrów wymaganych powoduje odrzucenie oferty.** | | |

| **L.P.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETRY OFEROWANE/  NR STRONY W MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH** |
| --- | --- | --- | --- |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE** |  |  |
| **I** | **Jednostka centralna** | **TAK, podać** |  |
|  | Wyświetlacz zgodny z punktem 14 normy DICOM | TAK, podać |  |
|  | Min. 3 funkcyjny przełącznik nożny | TAK, podać |  |
|  | Brak ograniczeń w liczbie badań danego pacjenta | TAK, podać |  |
|  | min. 5 portów USB, wyjście HDMI oraz Ethernet | TAK, podać |  |
|  | System operacyjny Windows 10, Dysk HDD min. 1TB, SSD 128Gb, RAM 16Gb | TAK, podać |  |
| **II** | **Tryb typu B** | **TAK, podać** |  |
|  | Wyświetlanie dwóch różnych badań jednocześnie | TAK, podać |  |
|  | Wzmocnienie regulowane min. od 20 do 110 dB | TAK, podać |  |
|  | Wzmocnienie czasowe (TGC) regulowane min. od 0 do 30 dB | TAK, podać |  |
|  | Zakres dynamiczny regulowany min.: od 25 do 80 Db | TAK, podać |  |
|  | Edytowanie obrazu w zakresie min.: filtry( algorytm oraz kolor), suwmiarka, obszary, kąty, markery, uwagi | TAK, podać |  |
|  | Sekwencje zapisanych obrazów min. 400 klatek | TAK, podać |  |
| **III** | **Sonda o częstotliwości 20MHz** | **TAK, podać** |  |
|  | Sonda oparta na min. 5 przetwornikach/pierścieniach | TAK, podać |  |
|  | Kąt obrazowania min. 50° | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielczość osiowa min. 80 μm | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielczość poprzeczna min. 200 μm | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość wyświetlania klatek do 16 Hz | TAK, podać |  |
|  | Akcelerometr lokalizujący ustawienie głowicy | TAK, podać |  |
| **IV** | **11 MHz Sonda A do Biometrii** | **TAK, podać** |  |
|  | Wzmocnienie regulowane od 20 do 110 dB | TAK, podać |  |
|  | Wzmocnienie czasowe (TGC) min. od 0 do 30 dB | TAK, podać |  |
|  | Średnica końcówki: 7mm | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielczość: 0,04 mm | Tak, podać |  |
|  | Głębokość badania 40/80 mm dla 2048 pkt. | Tak, podać |  |
|  | Wbudowane rozpoznawanie wzorów: Phakic, Dense/Long, Aphakic, PMMA, Acrylic, silikon do oczu z pseudofakią | Tak, podać |  |
|  | Wzory do kalkulacji: SRK-T, SRK 2, HOLLADAY, BINKHORST-II, HOFFER-Q, HAIGIS | Tak, podać |  |
|  | Pooperacyjna kalkulacja refrakcyjna, keratometria pooperacyjna i przedoperacyjna | Tak, podać |  |
|  | Wbudowane w program formuły do kalkulacji IOL u pacjentów po chirurgii refrakcyjnej rogówki: regresji Shammas’a, regresji Rosa, podwójnej K/SRK-T (formuła dr Aramberri), metoda soczewek kontaktowych, history derived ( dla pacjentów ze znaną refrakcją przedoperacyjną), refraction derived (dla pacjentów z nieznaną refrakcją przedoperacyjną) | Tak, podać |  |
|  | Możliwość doposażenia urządzenia w sondę A z wbudowanym wskaźnikiem laserowym | Tak, podać |  |
| **V** | **50 MHz sonda elektromagnetyczna UBM ze skanowaniem liniowym** | Tak, podać |  |
|  | Liniowy ruch przetwornika min. 16 mm | Tak, podać |  |
|  | Rozdzielczość osiowa min. 35 μm | Tak, podać |  |
|  | Rozdzielczość poprzeczna min. 60 μm | Tak, podać |  |
|  | Akcelerometr lokalizujący ustawienie głowicy | Tak, podać |  |
| VI | **Dodatkowe wyposażenie** | Tak, podać |  |
|  | Przystawka do pomiaru immersyjnego | Tak, podać |  |
|  | Kieliszek dla sondy liniowej UBM w rozmiarze 14mm, 16mm, 18mm | Tak, podać |  |
|  | Drukarka laserowa monochromatyczna | Tak, podać |  |
|  | Dedykowany do aparatu aluminiowy stolik jezdny | Tak, podać |  |
|  | Po stronie i na koszt Wykonawcy jest zapewnienie licencji Dicom do podłączenia do istniejącego w szpitalu systemu Cyfrowej Radiografii produkcji AGFA wraz z podłączeniem urządzenia. Integracja w standardzie DICOM 3.0 z posiadanym przez zamawiającego systemem PACS firmy AGFA w zakresie min.: DICOM Send, DICOM Receive, DICOM Query/Retrieve wraz z pobieraniem list roboczych (DICOM WORKLIST) | Tak, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| 2 | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE[[2]](#footnote-2)  Podać jeśli zalecane |  |
| 3 | Czy w oferowanym aparacie przetwarzane są dane osobowe (np. imię, nazwisko, pesel, data urodzenia, płeć, itd.) | TAK/ NIE[[3]](#footnote-3) Jeżeli tak, podać jakie |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. **Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.**
2. **Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.**

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

1. **UWAGA! Jeżeli poszczególne elementy posiadają różne stawki % VAT, należy wpisać wartości oddzielnie dla każdej stawki** [↑](#footnote-ref-1)
2. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-2)
3. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-3)