**Załącznik nr 1**

**Przedmiot zamówienia:**

Część II Dozymetria i kontrola jakości

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Cecha / funkcjonalność** | **Wymóg** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **TAK / NIE**  **oraz oferowane wartości**  **( wypełnia Wykonawca)** |
| **I** | **Podstawowe cechy** | | |
| **1.** | Wszystkie oferowane elementy fabrycznie nowe | TAK |  |
| **2.** | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
| **3.** | Dawkomierz współpracujący z niżej wymienionymi komorami jonizującymi, dwukanałowy, możliwość zapamiętania w dawkomierzu wykonanych pomiarów wraz z dokładną datą i czasem, automatyczny start-stop-reset, pomiar w zadanym czasie, pomiar stały zatrzymywany manualnie, wzorcowany w wiązce kobaltowej – 1 szt. | TAK, podać typ i producenta |  |
| **3a.** | Zakresy pomiarowe umożliwiające pomiary w wiązkach fotonowych o wydajnościach co najmniej 2500 cGy/min lub więcej | TAK, podać |  |
| **3b.** | Stabilność w ciągu roku ≤ 0,5% | TAK, podać |  |
| **3c.** | Napięcie polaryzacji co najmniej ±400V, regulowane co 1 V | TAK, podać |  |
| **3d.** | Wyjście – port USB | TAK, podać typ |  |
| **4.** | Komora jonizacyjna typu Exradin A1SL, dopasowana rozmiarami do TomoTherapy Commisioning Phantom, złącza zgodne z TomoElectrometer, wzorcowana w wiązce kobaltowej – 6 sztuk | TAK, podać typ złącza i dokładne wymiary |  |
| **5.** | Kable pomiarowe, długość co najmniej 20 m, pasujące do oferowanego dawkomierza, komór jonizacyjnych i dawkomierza TomoElectrometer – 6 sztuk | TAK, podać długość i typ złącza |  |
| **6.** | Wzorcowany barometr elektroniczny z wzorcowanym termometrem do określania ciśnienia atmosferycznego i temperatury podczas pomiarów dozymetrycznych | TAK, podać typ, rodzaj, producenta |  |
| **6a.** | Niepewność pomiaru ciśnienia ±1 hPa lub lepsza | TAK, podać |  |
| **6b.** | Rozdzielczość pomiaru ciśnienia 0,1 hPa lub lepsza | TAK, podać |  |
| **6c.** | Zakres pomiaru ciśnienia co najmniej od 730 do 1050 hPa | TAK, podać |  |
| **6d.** | Niepewność pomiaru temperatury ±0,1 oC lub lepsza | TAK, podać |  |
| **6e.** | Rozdzielczość pomiaru temperatury 0,1 oC | TAK, podać |  |
| **6f.** | Zakres pomiaru temperatury co najmniej od 10 do 30 oC | TAK, podać |  |
| **6g.** | Walizeczka transportowa do barometru– zabezpieczająca przy przenoszeniu | TAK, opisać |  |
| **7.** | Okres gwarancji min. 24 miesiące od daty uruchomienia i przekazania urządzenia do eksploatacji | TAK (podać okres w miesiącach)  **Kryterium** |  |
| **8.** | Szkolenie z obsługi w siedzibie Zamawiającego potwierdzone protokołem | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II** | **Gwarancja** | | |
| **1.** | W okresie gwarancji bezpłatne modyfikacje softwarowe do najnowszej wersji w ramach posiadanej funkcjonalności. | TAK |  |
| **2.** | Czas usunięcia wad i usterek do 48 godzin od czasu ich zgłoszenia , z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie 4 dni roboczych | TAK |  |
| **3.** | Przeglądy gwarancyjne i konserwacyjne zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy po uprzednim uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem | TAK |  |
| **4.** | Gwarancję przedłuża się o okres przerwy w eksploatacji związany z naprawą urządzenia | TAK |  |
| **5.** | W okresie gwarancji naprawy techniczne lub wynikające z wad ukrytych tego samego podzespołu powodują wymianę podzespołu na nowy | TAK |  |
| **6.** | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełny zakres obsługi gwarancyjnej nieodpłatnie (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) | TAK |  |
| **7.** | Wykonawca wykona bezpłatne okresowe przeglądy: (podać ilość zalecanych przez producenta ), w terminach zalecanych przez producenta urządzenia, oraz wykona bezpłatny przegląd pod koniec okresu gwarancyjnego (30 dni przed upływem okresu gwarancji). | TAK | /podać ilość zalecanych przeglądów przez producenta/ |

PARAMETRY/ELEMENTY PODLEGAJĄCE OCENIE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **OCENIANY PARAMETR** | **SPOSÓB OCENY OCENA PUNKTOWA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA** | **ILOŚĆ PUNKTÓW** |
| **1.** | Napięcie polaryzacji w dawkomierzu powyżej 400 V | TAK – 10 pkt  NIE - 0 pkt |  |  |
| **3.** | Stabilność w ciągu roku < 0,5% | TAK – 10 pkt  NIE - 0 pkt |  |  |
| **2.** | Kable pomiarowe 25m | TAK – 10 pkt  NIE - 0 pkt |  |  |

**Miejscowość ....................................... data ...................................................**