*Załącznik nr 1 do SWZ*

**Aparat ultrasonograficzny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.P.*** | ***ASORTYMENT******SZCZEGÓŁOWY*** | ***JEDNOST MIARY*** | ***ILOŚĆ******szt.*** | ***WARTOŚĆ NETTO*** | ***STAWKA VAT*** | ***WARTOŚĆ BRUTTO*** | ***PRODUCENT WRAZ Z NUMEREM KATALOGOWYM*** |
| ***1.*** | **Aparat ultrasonograficzny** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Wymagania i parametry techniczne aparatu ultrasonograficznego
do przyłóżkowej oceny pacjenta na potrzeby SOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Dane ogólne oferowanego urządzenia** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Aparat fabrycznie nowy, nieużywany, rok prod. min. 2023, wyklucza się aparaty podemonstracyjne. | Podać |  |
| 5 | Dostawa aparatu realizowana przez autoryzowanego przedstawiciela producenta na terenie Polski. | Podać |  |
| 6 | Świadczenia objęte gwarancją wykonywane przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela producenta oferowanego aparatu na terenie Polski. | Podać |  |
| 7 | Dopuszczenie urządzenia do obrotu na rynku polskim jako wyrobu medycznego. | Podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Konstrukcja i parametry wymagane urządzenia** | **Warunek graniczny** | **Wartość oferowana**  |
| 1 | Aparat dedykowany do kompleksowej przyłóżkowej oceny stanu pacjenta w tzw. nagłych stanach zagrożenia życia - point of care.  | TAK |  |
| 2 | Aparat stacjonarny, mobilny o jedno modułowej konstrukcji, przewoźny na czterech skrętnych kołach z możliwością ich zablokowania oraz jazdy na wprost. | TAK |  |
| 3 | Aparat wykonany w technologii całkowicie cyfrowej, szerokopasmowy układ formowania wiązki z możliwością kształtowania impulsów. | TAK |  |
| 4 | Zakres stosowanych częstotliwość pracy min. 1MHz-15MHz. | TAK, podać |  |
| 5 | Liczba niezależnych przetwarzanych kanałów nadawczo odbiorczych min. 19 000. | TAK, podać |  |
| 6 | Dynamika systemu min.165 dB. | TAK, podać |  |
| 7 | Maksymalna dopuszczalna waga aparatu 75 kg. | TAK, podać |  |
| 8 | Minimum 3 niezależne gniazda głowic obrazowych. | TAK |  |
| 9 | Monitor LCD min.17 cali o rozdzielczości co najmniej 1280 x 1024 zapewniający szeroki kąt widzenia z kompensacją światła z otoczenia. | TAK, podać |  |
| 10 | Monitor bez przeplotu lub na ruchomym przegubowym ramieniu z możliwością jego regulacji niezależnie od konsoli urządzenia w płaszczyźnie pionowej góra/dół, oraz poziomej lewo/prawo min. 180 stopni. | TAK, podać |  |
| 11 | Konsola, pulpit sterowania w postaci panelu dotykowego pozbawionego przycisków, przełączników i suwaków, z wytrzymałego materiału np. ceramicznego lub szkła, gładki, jednolity odporny na zalanie i zabrudzenia ustrojowe nadający się do dezynfekcji środkami płynnymi. | TAK |  |
| 12 | Regulacja w zakresie podnoszenia i obniżania pulpitu urządzenia (góra/dół) min. 25 cm. | TAK, podać  |  |
| 13 | Klawiatura do wprowadzenia danych pacjenta. | TAK |  |
| 14 | Możliwość wprowadzenia systemu w tzw. stan uśpienia, a następnie wzbudzenie go ponownie do pracy w czasie maksymalnie 5 sekund. | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Konstrukcja i parametry wymagane urządzenia** | **Warunek graniczny** | **Wartość oferowana** |
| 15 | Możliwość pracy aparatu przy zasilaniu z wbudowanego fabrycznie akumulatora lub baterii po wyłączeniu urządzenia z prądu co najmniej 2 godziny. | TAK, podać |  |
| 16 | Zasilanie z sieci elektrycznej prądu zmiennego o napięciu 220-240V 50Hz. | TAK |  |
| 17 | Zintegrowany, wbudowany w aparat wideoprinter czarno biały oraz nagrywarka CD/DVD.  | TAK |  |
| 18 | System archiwizacji obrazów na wbudowanym dysku twardym o pojemności min. 500 GB z możliwością eksportowania danych na nośniki przenośne typu Pendrive oraz dyski optyczne typu CD-ROM/ DVD w formatach co najmniej JPEG, BMP, AVI, DICOM 3.0 lub równoważnych kompatybilnych z systemem Windows oraz standardem co najmniej DICOM 3.0. | TAK, podać |  |
| 19 | Możliwość archiwizacji sekwencji obrazów ruchomych i statycznych, oraz raportów z przeprowadzonego badania na dysku twardym aparatu.  | TAK |  |
| 20 | Aparaty wyposażony w port wymiany danych obrazowych - wyjście wideo w standardzie VGA. | TAK |  |
| 21 | Aparat wyposażony w połączenie sieciowe typu LAN o szybkości wymiany danych min 100 Mb/s. | TAK |  |
| 22 | Aparat wyposażony we wbudowany interfejs umożliwiający obrazowanie cyfrowe i składowanie oraz transmisję danych za pomocą sieci telekomunikacyjnych w standardzie medycznym co najmniej DICOM 3.0. | TAK |  |
| 23 | Minimum 3 aktywne porty USB do archiwizacji obrazów statycznych oraz dynamicznych na przenośne pamięci typu Pendrive, Flash. | TAK, podać |  |
| 24 | Wejście (gniazdo) kabla EKG z 3 odprowadzeniami do monitorowania parametrów życiowych pacjenta. | TAK |  |
| 25 | Głębokość obrazowania 2D w minimalnym wymaganym zakresie od 1 do 30cm. | TAK, podać |  |
| 26 | Częstotliwość odświeżania obrazu (Frame Rate) w trybie 2D min. 750 obrazów/sekundę. | TAK, podać |  |
| 27 | Powiększanie bez straty rozdzielczości obrazu w czasie rzeczywistym (ZOOM) min. 5x. | TAK, podać |  |
| 28 | Dostępne obrazowanie harmoniczne i obrazowanie z inwersją fazy. | TAK |  |
| 29 | Maksymalna liczba klatek (obrazów) przechowywana jednorazowo w pamięci dynamicznej (CINE LOOP) w trybie 2D oraz CD min. 1000 obrazów. | TAK, podać |  |
| 30 | Możliwość minimalnej trzy strefowej zasięgowej regulacji wzmocnienia poprzecznego wiązki TGC lub STC. | TAK |  |
| 31 | Możliwość płynnej zmiany szerokości wyświetlanego obrazu 2D dla wszystkich oferowanych głowic. | TAK |  |
| 31 | Podział obrazu na dwa i jednoczesne wyświetlanie obrazów w czasie rzeczywistym typu B+B, B+B/CD. | TAK |  |
| 32 | Porównanie na ekranie obrazów z archiwum z obrazami w czasie rzeczywistym. | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Konstrukcja i parametry wymagane urządzenia** | **Warunek graniczny** | **Wartość oferowana** |
| 33 | Funkcja redukująca artefakty i szumy adaptacyjne w obrazowaniu 2D jak np. SRI lub równoważne. | TAK, podać |  |
| 34 | Złożone obrazowanie wielokierunkowe badanych struktur w czasie rzeczywistym (wysyłanie przez te same kryształy głowicy kilku wiązek ultradźwiękowych pod różnymi kątami). | TAK, podać |  |
| 35 | Możliwość linii środkowej dostępnej na głowicy oraz na ekranie w trybie 2D zapewniająca wizualizację toru prowadzenia igły w nawigacji poza płaszczyzną obrazowania. | TAK |  |
| 36 | W trybie 2D możliwość dostępnej siatki na obrazie pozwalającej ocenić wielkość i odległość do struktury w zabiegach, procedurach wymagających wprowadzenia igły.  | TAK |  |
| 37 | Ilość ustawień wstępnych programowanych dla aplikacji i głowic tzw. „Presetów” min. 30. | TAK, podać |  |
| 38 | Funkcja automatycznej ciągłej optymalizacji obrazu 2D (min. ustawienie jasności, kontrastu obrazu i kompensacji wzmocnienia głębokościowego TGC), nie wymagająca od użytkownika ręcznego uruchamiania. | TAK |  |
| 39 | Automatyczna optymalizacja obrazu w trybie B-mode przy pomocy jednego przycisku (m.in. ustawienie jasności, kontrastu obrazu i kompensacji wzmocnienia głębokościowego TGC). | TAK |  |
| 40 | Automatyczna optymalizacja obrazu w trybie Dopplera PW (m.in. dopasowanie linii bazowej i PRF/skali oraz wzmocnienia spektrum) dostępna na wszystkich głowicach. | TAK |  |
| 41 | Dostępne tryby pracy:B-mode (2D)Doppler Kolorowy (CD),Power Doppler oraz Kierunkowy Power Doppler z detekcją kierunku przepływu (CPA),Spektralny Doppler Pulsacyjny (PW) z wysoką częstotliwością przetwarzania HPRF,Spektralny Doppler Fali Ciągłej (CW),M-mode, Kolor M-mode,Tryb Duplex (2D + PW)Tryb Triplex (2D+CD +PW) | TAK |  |
| 42 | Obrazowanie trapezoidalne i rombowe. | TAK |  |
| 43 | Maksymalna mierzona prędkość przepływu kolorowego Dopplera (CD) min. 500 cm/s. | TAK, podać |  |
| 44 | Regulacja uchylności bramki kolorowego Dopplera w sposób płynny w minimalnym zakresie od -15° do +15°. | TAK, podać |  |
| 45 | Maksymalna mierzona prędkość przepływu Dopplera PW przy zerowej korekcji kąta min. 950 cm/s. | TAK, podać |  |
| 46 | Szerokość regulacji bramki Dopplera PW w minimalnym zakresie od 10 mm do 29 mm. | TAK, podać |  |
| 47 | Korekcja kąta bramki Dopplera PW w minimalnym zakresie +/- 80°; korekcja kąta w skokach co jeden stopień w całym zakresie. | TAK |  |
| 48 | Zakres prędkości dla Dopplera CW przy zerowej korekcji kąta bramki min. 20 m/s. | TAK, podać |  |
| 49 | Prostopadłe ustawienie linii trybu M-mode do badanych struktur anatomicznych. | TAK |  |
| 50 | Doppler adaptacyjny poprawiający widoczność słabych sygnałów. | TAK |  |
| 51 | Pomiar odległości w trybie 2D min. 8 par kursorów pomiarowych na jednym obrazie, pomiar obwodu lub powierzchni metodą elipsy, obrysu linią ciągłą lub przerywaną w trybie 2D. | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Konstrukcja i parametry wymagane urządzenia** | **Warunek graniczny** | **Wartość oferowana** |
| 52 | Ręczny pomiar odległości w trybie Dopplera (wyznaczenie czasu i prędkości). | TAK |  |
| 53 | Pakiet obliczeń automatycznych dla Dopplera PW (automatyczne obrysowanie i wyznaczanie widma dopplerowskiego wraz z analizą parametrów min. PI, RI, S, D) w czasie rzeczywistym i na zatrzymanym obrazie. | TAK |  |
| 54 | Specjalistyczne oprogramowanie do badań jamy brzusznej i struktur powierzchniowych, pourazowych jamy brzusznej i serca -FAST, kardiologicznych, naczyniowych i dostępu do naczyń, TCD, oceny płuc, nerwów. | TAK |  |
| 56 | Szerokopasmowa głowica liniowaze zmienną częstotliwością pracy zakresie min. 3.0- 12.0 MHz (+/- 1MHz):- Liczba elementów min.128,- Szerokość czoła 39 mm, +/- 1mm- Obrazowanie min. 2D, CD/CPA, PW, harmoniczne. | TAK,Podać i opisać |  |
| 57 | Szerokopasmowa głowica convex, wykonana w technologii ukierunkowanej polaryzacji kryształów (min. 300 elementów akustycznych) lub wykonana w technologii matrycowej min. 900 elementów akustycznych ze zmienną częstotliwością pracy w zakresie min. 1.0 – 6.0MHz (+/- 1MHz), - Kąt skanowania głowicy min. 70 stopni,- Obrazowanie min. 2D, CD/CPA, PW, harmoniczne. | TAK,Podać i opisać |  |
| 58 | Szerokopasmowa głowica sektorowa, wykonana w technologii ukierunkowanej polaryzacji kryształów (ilość elementów min. 80) lub w technologii matrycowej (min 800 elementów), ze zmienną częstotliwością pracy w zakresie min. 1.0- 6.0 MHz (+/- 1MHz), - Kąt skanowania min. 90 stopni,- Obrazowanie min. 2D, CD/CPA, PW, CW, harmoniczne. | TAK,Podać i opisać |  |
| **Możliwość rozbudowy** |
| 59 | Możliwość rozbudowy aparatu o głowicę sektorową przezprzełykową (TEE) ze zmienną częstotliwością pracy w zakresie min. 2.0 -7.0MHz (+/- 1MHz) liczba elementów min. 2000. | TAK,Podać i opisać |  |  |
| 60 | Możliwość rozbudowy aparatu o głowicę liniową śródoperacyjną ze zmienną częstotliwością pracy min. 7.0 - 15.0MHz (+/- 1MHz), liczba elementów min. 128. | TAK,Podać i opisać |  |  |
| 61 | Możliwość rozbudowy systemu o oprogramowanie poprawiającego wizualizację igły prowadzonej np. w płaszczyźnie IN PLANE. | TAK |  |  |
| 62 | Możliwość rozbudowy o czytnik kodów kreskowych pacjenta dający możliwość wprowadzenia danych i archiwizacji w systemie szpitalnym. | TAK |  |  |
| **Pozostałe wymagania** |
| 63 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK |  |
| 64 | Szkolenie w zakresie obsługi i eksploatacji aparatu przeprowadzone przez autoryzowanego przedstawiciela producenta oferowanego aparatu posiadającego odpowiednia wiedzę i doświadczenie potwierdzone certyfikatem wystawionym przez producenta lub oddział producenta na terenie Polski. | TAK |  |

|  |
| --- |
| **Pozostałe wymagania** |
| 65 | Certyfikat CE, Deklaracja zgodności producenta na oferowany aparat i głowice. | TAK |  |
| 66 | Wykonawca posiadający autoryzację producenta na terenie Polski i zapewniający autoryzowany serwis producenta na terenie Polski. Potwierdzenie gwarancji producenta w postaci karty gwarancyjnej w języku polskim wystawionej przez producenta lub oddział producenta na terenie Polski. | TAK |  |
| 67 |  Okres gwarancji świadczony przez autoryzowany serwis producenta na terenie Polski min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez obie strony. | TAK,Podać |  |
| 68 | Termin dostawy 90 dni od daty złożenia zamówienia lub podpisania umowy na zakup aparatu. | TAK |  |
| 69 | Możliwość bezpłatnego świadczenia zdalnego wsparcia serwisowego przez autoryzowany serwis producenta działający na terenie Polski z wykorzystaniem bezpiecznego połączenia przez cały okres trwania umowy.  | TAK |  |

Przewoźny aparat USG do przyłóżkowego wykonywania badań diagnostyki obrazowej u pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z funkcją Doppler, systemem archiwizacji danych obrazowych, głowicą liniową oraz typu convex, zasilaniem akumulatorowym **(zamówienie obejmuje dostawę łącznie 1 urządzenia) – parametry wymagane:**

1. **Wymagania ogólne:**
2. Aparat fabrycznie nowy, nieużywany, rok prod. min. 2023, wyklucza się aparaty podemonstracyjne.
3. Dostawa aparatu realizowana przez autoryzowanego przedstawiciela producenta na terenie Polski.
4. Świadczenia objęte gwarancją wykonywane przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela producenta oferowanego aparatu na terenie Polski.
5. Instrukcja obsługi w języku polskim.
6. Certyfikat CE, Deklaracja zgodności producenta na oferowany aparat i głowice.
7. Wykonawca posiadający autoryzację producenta na terenie Polski i zapewniający autoryzowany serwis producenta na terenie Polski. Potwierdzenie gwarancji producenta w postaci karty gwarancyjnej w języku polskim wystawionej przez producenta lub oddział producenta na terenie Polski.
8. Okres gwarancji świadczony przez autoryzowany serwis producenta na terenie Polski min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez obie strony.
9. Termin dostawy 90 dni od daty złożenia zamówienia lub podpisania umowy na zakup aparatu.
10. Możliwość bezpłatnego świadczenia zdalnego wsparcia serwisowego przez autoryzowany serwis producenta działający na terenie Polski z wykorzystaniem bezpiecznego połączenia przez cały okres trwania umowy.
11. Dopuszczenie urządzenia do obrotu na rynku polskim jako wyrobu medycznego.
12. Szkolenie w zakresie obsługi i eksploatacji aparatu przeprowadzone przez autoryzowanego przedstawiciela producenta oferowanego aparatu posiadającego odpowiednia wiedzę i doświadczenie potwierdzone certyfikatem wystawionym przez producenta lub oddział producenta na terenie Polski.
13. **Konstrukcja i parametry wymagane urządzenia:**
14. Aparat dedykowany do kompleksowej przyłóżkowej oceny stanu pacjenta w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego typu „point of care”.
15. Aparat stacjonarny, mobilny o jedno modułowej konstrukcji, przewoźny na czterech skrętnych kołach z możliwością ich zablokowania oraz jazdy na wprost.
16. Aparat wykonany w technologii całkowicie cyfrowej, szerokopasmowy układ formowania wiązki z możliwością kształtowania impulsów.
17. Zakres stosowanych częstotliwość pracy min. 1MHz-15MHz.
18. Liczba niezależnych przetwarzanych kanałów nadawczo odbiorczych min. 19 000.
19. Dynamika systemu min.165 dB.
20. Maksymalna dopuszczalna waga aparatu 75 kg.
21. Minimum 3 niezależne gniazda głowic obrazowych.
22. Monitor LCD o przekątnej wyświetlacza min. 17 cali i rozdzielczości co najmniej 1280 x 1024 zapewniający szeroki kąt widzenia z kompensacją światła z otoczenia.
23. Monitor bez przeplotu lub na ruchomym przegubowym ramieniu z możliwością jego regulacji niezależnie od konsoli urządzenia w płaszczyźnie pionowej góra/dół, oraz poziomej lewo/prawo min. 180 stopni.
24. Konsola, pulpit sterowania w postaci panelu dotykowego pozbawionego przycisków, przełączników i suwaków, z wytrzymałego materiału np. ceramicznego lub szkła, gładki, jednolity odporny na zalanie i zabrudzenia ustrojowe nadający się do dezynfekcji środkami płynnymi.
25. Regulacja w zakresie podnoszenia i obniżania pulpitu urządzenia (góra/dół) min. 25 cm.
26. Klawiatura do wprowadzenia danych pacjenta.
27. Możliwość wprowadzenia systemu w tzw. stan uśpienia, a następnie wzbudzenie go ponownie do pracy w czasie maksymalnie 5 sekund.
28. Możliwość pracy aparatu przy zasilaniu z wbudowanego fabrycznie akumulatora lub baterii po odłączeniu urządzenia od zasilania z sieci elektrycznej co najmniej 2 godziny.
29. Zasilanie z sieci elektrycznej prądu zmiennego o napięciu 220-240 V 50Hz.
30. Zintegrowany, wbudowany w aparat wideoprinter czarno biały oraz nagrywarka CD/DVD.
31. System archiwizacji obrazów na wbudowanym dysku twardym o pojemności min. 500 GB z możliwością eksportowania danych na nośniki przenośne typu Pendrive oraz dyski optyczne typu CD-ROM/ DVD w formatach co najmniej JPEG, BMP, AVI, DICOM 3.0 lub równoważnych kompatybilnych z systemem Windows oraz standardem co najmniej DICOM 3.0.
32. Możliwość archiwizacji sekwencji obrazów ruchomych i statycznych, oraz raportów z przeprowadzonego badania na dysku twardym aparatu.
33. Aparat wyposażony w port wymiany danych obrazowych - wyjście wideo w standardzie VGA.
34. Aparat wyposażony w połączenie sieciowe typu LAN o szybkości wymiany danych min 100 Mb/s.
35. Aparat wyposażony we wbudowany interfejs umożliwiający obrazowanie cyfrowe i składowanie oraz transmisję danych za pomocą sieci telekomunikacyjnych w standardzie medycznym co najmniej DICOM 3.0.
36. Minimum 3 aktywne porty USB do archiwizacji obrazów statycznych oraz dynamicznych na przenośne pamięci typu Pendrive, Flash.
37. Wejście (gniazdo) kabla EKG z 3 odprowadzeniami do monitorowania parametrów życiowych pacjenta.
38. Głębokość obrazowania 2D w minimalnym wymaganym zakresie od 1 do 30cm.
39. Częstotliwość odświeżania obrazu (Frame Rate) w trybie 2D min.750 obrazów/sekundę.
40. Powiększanie bez straty rozdzielczości obrazu w czasie rzeczywistym (ZOOM) min.5x.
41. Dostępne obrazowanie harmoniczne i obrazowanie z inwersją fazy.
42. Maksymalna liczba klatek (obrazów) przechowywana jednorazowo w pamięci dynamicznej (CINE LOOP) w trybie 2D oraz CD min. 1000 obrazów.
43. Możliwość minimalnej trzy strefowej zasięgowej regulacji wzmocnienia poprzecznego wiązki TGC lub STC.
44. Możliwość płynnej zmiany szerokości wyświetlanego obrazu 2D dla wszystkich oferowanych głowic.
45. Podział obrazu na dwa i jednoczesne wyświetlanie obrazów w czasie rzeczywistym typu B+B, B+B/CD.
46. Porównanie na ekranie obrazów z archiwum z obrazami w czasie rzeczywistym.
47. Funkcja redukująca artefakty i szumy adaptacyjne w obrazowaniu 2D jak np. SRI, lub równoważne.
48. Złożone obrazowanie wielokierunkowe badanych struktur w czasie rzeczywistym (wysyłanie przez te same kryształy głowicy kilku wiązek ultradźwiękowych pod różnymi kątami).
49. Możliwość linii środkowej dostępnej na głowicy oraz na ekranie w trybie 2D zapewniająca wizualizację toru prowadzenia igły w nawigacji poza płaszczyzną obrazowania.
50. W trybie 2D możliwość dostępnej siatki na obrazie pozwalającej ocenić wielkość i odległość do struktury w zabiegach, procedurach wymagających wprowadzenia igły.
51. Ilość ustawień wstępnych programowanych dla aplikacji i głowic tzw. „Presetów” min. 30.
52. Funkcja automatycznej ciągłej optymalizacji obrazu 2D (min. ustawienie jasności, kontrastu obrazu i kompensacji wzmocnienia głębokościowego TGC), nie wymagająca od użytkownika ręcznego uruchamiania.
53. Automatyczna optymalizacja obrazu w trybie B-mode przy pomocy jednego przycisku (m.in. ustawienie jasności, kontrastu obrazu i kompensacji wzmocnienia głębokościowego TGC).
54. Automatyczna optymalizacja obrazu w trybie Dopplera PW (m.in. dopasowanie linii bazowej i PRF/skali oraz wzmocnienia spektrum) dostępna na wszystkich głowicach.
55. Dostępne tryby pracy:
56. B-mode (2D),
57. Doppler Kolorowy (CD),
58. Power Doppler oraz Kierunkowy Power Doppler z detekcją kierunku przepływu (CPA),
59. Spektralny Doppler Pulsacyjny (PW) z wysoką częstotliwością przetwarzania HPRF,
60. Spektralny Doppler Fali Ciągłej (CW),
61. M-mode, Kolor M-mode,
62. Tryb Duplex (2D + PW),
63. Tryb Triplex (2D+CD +PW).
64. Obrazowanie trapezoidalne i rombowe.
65. Maksymalna mierzona prędkość przepływu kolorowego Dopplera (CD) min. 500 cm/s.
66. Regulacja uchylności bramki kolorowego Dopplera w sposób płynny w minimalnym zakresie od -15° do +15°.
67. Maksymalna mierzona prędkość przepływu Dopplera PW przy zerowej korekcji kąta min. 950 cm/s.
68. Szerokość regulacji bramki Dopplera PW w minimalnym zakresie od 10 mm do 29 mm.
69. Korekcja kąta bramki Dopplera PW w minimalnym zakresie +/- 80° ; korekcja kąta w skokach co jeden stopień w całym zakresie.
70. Zakres prędkości dla Dopplera CW przy zerowej korekcji kąta bramki min. 20 m/s.
71. Prostopadłe ustawienie linii trybu M-mode do badanych struktur anatomicznych.
72. Doppler adaptacyjny poprawiający widoczność słabych sygnałów.
73. Pomiar odległości w trybie 2D min. 8 par kursorów pomiarowych na jednym obrazie, pomiar obwodu lub powierzchni metodą elipsy, obrysu linią ciągłą lub przerywaną w trybie 2D.
74. Ręczny pomiar odległości w trybie Dopplera (wyznaczenie czasu i prędkości).
75. Pakiet obliczeń automatycznych dla Dopplera PW (automatyczne obrysowanie i wyznaczanie widma dopplerowskiego wraz z analizą parametrów min. PI, RI, S, D) w czasie rzeczywistym i na zatrzymanym obrazie.
76. Specjalistyczne oprogramowanie do badań jamy brzusznej i struktur powierzchniowych, pourazowych jamy brzusznej i serca -FAST, kardiologicznych, naczyniowych i dostępu do naczyń, TCD, oceny płuc, nerwów.
77. Szerokopasmowa głowica liniowaze zmienną częstotliwością pracy w zakresie min. 3.0- 12.0 MHz (+/- 1MHz):
78. Liczba elementów min.128,
79. Szerokość czoła 39 mm, +/- 1mm,
80. obrazowanie min. 2D, CD/CPA, PW, harmoniczne.
81. Szerokopasmowa głowica convex, wykonana w technologii ukierunkowanej polaryzacji kryształów (min. 300 elementów akustycznych) lub wykonana w technologii matrycowej min. 900 elementów akustycznych ze zmienną częstotliwością pracy w zakresie min. 1.0 – 6.0MHz (+/- 1MHz):
82. Kąt skanowania głowicy min. 70 stopni,
83. Obrazowanie min. 2D, CD/CPA, PW, harmoniczne.
84. Szerokopasmowa głowica sektorowa, wykonana w technologii ukierunkowanej polaryzacji kryształów (ilość elementów min. 80) lub w technologii matrycowej (min 800 elementów), ze zmienną częstotliwością pracy w zakresie min. 1.0- 6.0 MHz (+/- 1MHz),
85. Kąt skanowania min. 90 stopni,
86. Obrazowanie min. 2D, CD/CPA, PW, CW, harmoniczne.
87. **Możliwości rozbudowy aparatu:**
88. Możliwość rozbudowy aparatu o głowicę sektorową przezprzełykową (TEE) ze zmienną częstotliwością pracy w zakresie min. 2.0 -7.0MHz (+/- 1MHz) liczba elementów min. 2000.
89. Możliwość rozbudowy aparatu o głowicę liniową śródoperacyjną ze zmienną częstotliwością pracy min. 7.0 - 15.0MHz (+/- 1MHz), liczba elementów min. 128.
90. Możliwość rozbudowy systemu o oprogramowanie poprawiającego wizualizację igły prowadzonej np. w płaszczyźnie IN PLANE.
91. Możliwość rozbudowy o czytnik kodów kreskowych pacjenta dający możliwość wprowadzenia danych i archiwizacji w systemie szpitalnym.

*Załącznik nr 2 do SWZ*

....................................... .......................................

 (Wykonawca) (Miejscowość i data)

**O F E R T A**

**DLA**

**SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA**

**ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU**

Nawiązując do ogłoszenia w sprawie trybu podstawowego bez przeprowadzenia negocjacji na:

**Dostawa aparatu USG dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego - Zp/18/TP/24** informujemy, że składamy ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

.............................................................................................................................................................

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

.............................................................................................................................................................

REGON: ............................. NIP: ............................ WOJEWÓDZTWO: ………………..

Numer telefonu ..................................... e-mail .......................................................

Numer telefonu …………………......... e-mail ........................................................

(do zamówień składanych przez Zamawiającego)

3. Czy **Wykonawca jest:**

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ jednosobowa działalność gospodarcza

□ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj: ………………………

 1) **proszę wskazać właściwe**

4.**OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się i akceptujemy projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 3 do Specyfikacji Warunków Zamówienia.

5. Oferujemy dostawę sprzętu o parametrach określonych w załączniku nr 1 do SWZ, zgodnie z Formularzem asortymentowo - cenowym stanowiącym załącznik do oferty za wynagrodzeniem w kwocie:

„netto” ...................... PLN, (słownie: .....................................................................................................

................................................................................... złotych),

podatek VAT – …….. %: .................. PLN,

„brutto” ........................ PLN, (słownie: ...................................................................................................

.................................................................................................... złotych).

Udzielamy ........... **miesięcy gwarancji**\*

1. OŚWIADCZAMY, iż wykazując spełnianie warunków udziału, o których mowa w art. 112 ust. 1 ustawy Pzp, *będziemy / nie będziemy*\* polegać na zasobach następujących podmiotów:

Nazwa (firma) ...............................................................................................................................

adres ul. ........................................................................................................................................

kod pocztowy ……………………………… miasto ………………………… .....kraj ……………………………………...

nr telefonu ......................................................... nr faksu............................................................

NIP..............................................................., REGON ..................................................................

Ww. podmiot będzie\*/nie będzie\* brał udziału w realizacji części zamówienia.

1. ZASTRZEGAMY / NIE ZASTRZEGAMY\* informacje/i stanowiące/ych TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji zgodnie z postanowieniami SWZ. Do oferty dołączamy wymagane uzasadnienie.
2. OŚWIADCZAMY, iż – za wyjątkiem informacji zawartych pliku o nazwie: „…………………….................” wszelkie załączniki są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Dokumenty stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zabezpieczyliśmy zgodnie z wytycznymi zawartymi w SWZ.

OŚWIADCZAMY, że posiadamy wymagane zdolności zawodowe w niniejszym postępowaniu i nie znajdujemy się w sytuacji konfliktu interesów, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Jednocześnie jesteśmy świadomi, że Zamawiający może uznać, że dany wykonawca nie ma wymaganych zdolności zawodowych, jeżeli ustali/-ł, że wykonawca ma sprzeczne interesy, które mogą mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia. Zamawiający może, na każdym etapie postępowania, uznać, że wykonawca nie posiada wymaganych zdolności, jeżeli zaangażowanie zasobów technicznych lub zawodowych wykonawcy w inne przedsięwzięcia gospodarcze wykonawcy może mieć negatywny wpływ na realizację zamówienia

Załączniki do oferty (zgodnie z SWZ dla Wykonawców):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................

 *(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)*

................................................................. (Podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)

*1)* ***Mikroprzedsiębiorstwo*** *– przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 10 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 2 milionów EUR.***

***Małe przedsiębiorstwo*** *- przedsiębiorstwo, które zatrudnia* ***mniej niż 50 osób*** *i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 10 milionów EUR.***

***Średnie przedsiębiorstwo –*** *przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają* ***mniej niż 250 osób*** *i których roczny obrót* ***nie przekracza 50 milionów EUR*** *lub roczna suma bilansowa* ***nie przekracza 43 milionów EURO***

*\* Minimalny termin gwarancji 24 miesiące*

*Załącznik nr 4 do SWZ*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

……………………

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegajacego sie o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **na „Dostawa aparatu USG dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego” - Zp/18/TP/24**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(data i podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 oraz art. 109 ust.1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

………………………………………… *(data i podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

 *(data i podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………………………………………

 *(data i podpis)*

*Załącznik nr 4a do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

**Wykonawca:**

…………………

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **- „Dostawa aparatu USG dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego” - Zp/18/TP/24**, prowadzonego przez **Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  SWZ.**

 …………………………………………

 *(data i podpis)*

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)

 …………………………………………

 *(data i podpis)*

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

 …………………………………………

 *(data i podpis)*

*Załącznik nr 5 do SWZ*

*(jeśli dotyczy)*

**Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia:**

…………………………………….

…………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres, w zalezności od podmiotu NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**Oświadczenie Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie**

**art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp)**

**DOTYCZĄCE DOSTAW, USŁUG LUB ROBÓT BUDOWLANYCH,**

**KTÓRE WYKONAJĄ POSZCZEGÓLNI WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. : **„Dostawa aparatu USG dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego” - Zp/18/TP/24**, oświadczam, że:

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

•Wykonawca………………………………………………………………………………………….......*(nazwa i adres Wykonawcy)*

zrealizuje następujące dostawy, usługi lub roboty budowlane:

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

 .................................................................

 ( data i podpis )

*Załącznik nr 6 do SWZ*

Wykonawca udostępniający zasoby *(jeżeli dotyczy)*

………………………………………………….

………………………………………………….

………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma,adres,*

*NIP, Nr KRS/CEIDG*)

reprezentowany przez:

 ..............................................................................

…………………………………………………..

…………………………………………………..

 *(imię i nazwisko,*

*stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY WYKONAWCY**

**Na podstawie art. 118 ust.3 Ustawy z dnia 11 września 2019 roku –**

**Prawo zamówień publicznych**

Oświadczam, że udostępniam swoje zasoby Wykonawcy:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

przystępującemu do postepowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: **„Dostawa aparatu USG dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego” - Zp/18/TP/24** w zakresie

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………(podać zakres udostępnianych zasobów).

Jednocześnie oświadczam, iż:

* Udostępnione przeze mnie zasoby zostaną wykorzystane przy wykonywaniu zamówienia

……………………………………………………………………………………………………… (podać sposób udostępniania i wykorzystania zasobów) w okresie……………………………………….

* W odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia zrealizuje usługę/usługi/roboty budowlane………………………………………………..(podać zakres)

…………………………………………………………………………

(podpis upełnomocnionych przedstawicieli Wykonawcy)

……………………

(Data)

 .................................................................

 ( data i podpis )

*Załącznik nr 7 do SWZ ( jeżeli dotyczy)*

**Zamawiający:**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**

**ul. Sokołowskiego 4**

**58-309 Wałbrzych**

 **Wykonawca:**

*................................................................*

**TABELA – PODWYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy:

..................................................................................................................................

Adres Wykonawcy:

...................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Zakres zlecony podwykonawcy |
|  |  |  |
|  |  |  |

Przedmiot Zamówienia **„Dostawa aparatu USG dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego” - Zp/18/TP/24**

..................................................................

*(data i podpis)*

*Załącznik nr 8 do SWZ*

 .......................................................

 (Wykonawca)

**Wykaz dostaw**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym pn. **„Dostawa aparatu USG dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego” - Zp/18/TP/24** oświadczamy że zrealizowaliśmy w ciągu ostatnich 3 lat przed terminem składania ofert (a jeżeli okres działalności jest krótszy to w tym okresie) następujące zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres wykonanych dostaw, w tym m.in.**  | **Termin realizacji zamówienia** | **Zamawiający/ Odbiorca zamówienia (nazwa i adres, adres e-mail)** | **Wartość dostaw**  |
| **Rozpoczęcie (dd/mm/rrrr)** | **Zakończenie****(dd/mm/rrrr)** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |

UWAGA: Do każdej dostawy wymienionej w wykazie należy załączyć **referencje** lub dokument potwierdzający, że zamówienia te zostały wykonane należycie.

 …………………………………….

  *(data i podpis)*

*Załącznik nr 9 do SWZ*

.................................................. ................................

 (Wykonawca) (miejscowość i data)

 Oświadczenie

Oświadczamy, że oferowany przez naszą firmę przedmiot zamówienia posiada aktualne i ważne przez cały okres trwania umowy dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terytorium RP, zgodnie z ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022r. poz. 974). Na każde żądanie Zamawiającego jesteśmy w stanie przedstawić stosowne dokumenty.

 .................................................................

 *( data, podpis)*

*Załącznik nr 10 do SWZ*

**NAZWA ADMINISTRATORA**:

SPECJALISTYCZNY SZPITAL im. dra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU

**KWESTIONARIUSZ OCENY PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGO DANE W IMIENIU ADMINISTARTORA**

(potencjalnego Podmiotu Przetwarzającego na podstawie art. 28 ust. 1 RODO)

1. **DANE INFORMACYJNE**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA PODMIOTU |  |
| ADRES/SIEDZIBA |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| KRS |  |

1. **KWESTIONARIUSZ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | PYTANIEPODSTAWA PRAWNA RODO | ODPOWIEDŹ | INFORMACJE DODATKOWE,UWAGI PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGO | UWAGI ADO |
| TAK | NIE | NIE DOTYCZY |
| 1. | Czy przepisy prawa wymagają, aby Podmiot przetwarzający wyznaczył inspektora ochrony danych? ( art. 37 ) |  |  |  |  |  |
| 2. | Czy Podmiot przetwarzający wyznaczył inspektora ochrony danych? ( art. 37 ) |  |  |  |  |  |
| 3. | Czy Podmiot przetwarzający wyznaczył inną osobę lub zespół osób odpowiedzialny za nadzór nad ochroną danych osobowych w organizacji? ( art. 24 ) |  |  |  |  | Proszę wypełnić jeśli odpowiedzi na pytania 1 i 2 są negatywne. |
| 4. | Czy personel Podmiotu przetwarzającego dedykowany do obsługi administratora został przeszkolony z zakresu przepisów o ochronie danych osobowych? ( art. 24. ) |  |  |  |  |  |
| 5. | Czy fakt przeszkolenia personelu (pkt. 4) jest udokumentowany? ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 6. | Czy personel Podmiotu przetwarzającego został przeszkolony w zakresie bezpieczeństwa informatycznego? ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 7. | Czy personelowi Podmiotu przetwarzającego wydawane są upoważnienia do przetwarzania danych osobowych? ( art. 24,29 ) |  |  |  |  |  |
| 8. | Czy personel Podmiotu przetwarzającego został zobowiązany do zachowaniu w poufności danych osobowych? ( art. 24,28 ) |  |  |  |  |  |
| 9. | Czy w odniesieniu do Podmiotu przetwarzającego została wydana prawomocna decyzja organu nadzorczego lub wyrok sądu stwierdzający naruszenie zasad ochrony danych osobowych? Czy naruszenie zostało usunięte? ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 10. | Czy Podmiot przetwarzający stosuje się do przyjętych przez organ nadzorczy kodeksów postępowania? Proszę je wymienić.( art. 40 ) |  |  |  |  |  |
| 11. | Czy Podmiot przetwarzający objęty jest monitorowaniem przestrzegania kodeksu postępowania przez akredytowany podmiot monitorujący? ( art. 41 ) |  |  |  |  |  |
| 12. | Czy Podmiot przetwarzający otrzymał certyfikat zgodności z RODO? ( art. 42 ) |  |  |  |  |  |
| 13. | Czy Podmiot przetwarzający posiada inny certyfikat bezpieczeństwa (np. ISO 27001)? Proszę wymienić wraz z nr certyfikacji i terminem ważności. ( art. 24 ) |  |  |  |  |  |
| 14. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył Politykę bezpieczeństwa danych osobowych lub inny dokument opisujący system ochrony danych osobowych oraz procedury postępowania w związku z realizacją wymogów RODO? ( art. 24 ust. 2 ) |  |  |  |  |  |
| 15. | Czy wdrożona instrukcja/procedura postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych zawiera postanowienia o obowiązku poinformowania Administratora o naruszeniu i o sposobie realizacji tego obowiązku? ( art. 24, 33 ust. 2 ) |  |  |  |  |  |
| 16. | Czy wdrożona instrukcja/procedura postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych zawiera zapisy dotyczące obowiązku podjęcia środków w celu zaradzenia naruszeniu (w tym minimalizowania skutków)? ( art. 24, 33 ust. 3 lit. d ) |  |  |  |  |  |
| 17. | Czy Podmiot przetwarzający prowadzi ewidencję naruszeń ochrony danych osobowych? ( art. 24, 33 ust. 5 ) |  |  |  |  |  |
| 18. | Czy Podmiot przetwarzający prowadzi rejestr czynności przetwarzania danych osobowych (jako ADO) oraz rejestr kategorii czynności przetwarzania danych jako podmiot przetwarzający? ( art. 30 ) |  |  |  |  |  |
| 19. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył odpowiednie środki organizacyjne i techniczne (np. instrukcja, procedura, zakres odpowiedzialności pracowników, funkcjonalność systemu IT) przeznaczone do pomocy Administratorowi w realizacji praw osób, których dane dotyczą? ( art. 15-22, 28 ust.3 lit. e ) |  |  |  |  |  |
| 20. | Czy Podmiot przetwarzający realizuje proces analizy ryzyka oraz analizy naruszenia praw lub wolności osób fizycznych (DPiA)? ( art. 24, 32, 35 ) |  |  |  |  |  |
| 21. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył zabezpieczenia we własnym systemie informatycznym adekwatne do wyników szacowania ryzyka oraz DPiA? ( art. 24, 32 ) |  |  |  |  |  |
| 22. | Czy system informatyczny Podmiotu przetwarzającego zapewnia pełną rozliczalność działań jego użytkowników? ( art. 24, 32 ) |  |  |  |  |  |
| 23. | Czy Podmiot przetwarzający przekazuje dane osobowe do państwa trzeciego, na zasadach określonych w rozdziale V RODO? Proszę wskazać na jakich zasadach ( art. 44 – 49, Decyzja Wykonawcza Komisji (UE) 2021/914 z dnia 04.062021r.) |  |  |  |  |  |
| 24. | Czy Podmiot przetwarzający wdrożył „Plan Ciągłości Działania” ? ( art. 24, 32 ) |  |  |  |  |  |
| 25. | Czy Podmiot przetwarzający stosuje regularne testowanie, mierzenie i ocenianie skuteczności wdrożonych środków technicznych i organizacyjnych ? W jakiej formie są dokumentowane? ( art. 32 ) |  |  |  |  |  |
| 26. | Czy Podmiot przetwarzający korzysta w ramach powierzenia lub ma zamiar korzystać z usług innych podmiotów (tzw. „pod-powierzających” lub dalszych podmiotów przetwarzających)? ( art. 24, 28)  |  |  |  |  |  |
| 27. | Czy Podmiot przetwarzający przed nawiązaniem współpracy z tzw. „pod-powierzającymi” dokonuje jego weryfikacji pod kątem zdolności do zapewnienia ochrony danych osobowych ? ( art. 28 ) |  |  |  |  |  |
| 28. | Czy Podmiot przetwarzający z pod-powierzającymi ma zawarte stosowne umowy lub inne formy udokumentowanego przetwarzania w jego imieniu ?( art. 28 )  |  |  |  |  | Proszę wypełnić w przypadku odpowiedzi twierdzącej w pkt. 26 |

1. **INFORMACJE KOŃCOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| DATA WYPEŁNIENIA |  |
| IMIĘ I NAZWISKO OSOBY AUTORYZUJĄCEJDOKUMENT W IMIENIU PODMIOTU PRZETWARZAJĄCEGOPEŁNIONA FUNKCJA/STANOWISKO |  |
| LICZBA STRON KWESTIONARIUSZA |  |

1. **OCENA ADMINISTRATORA**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO OSOBY WERYFIKUJĄCEJ DOKUMENTW IMIENIU ADMINISTARTORA DANYCH OSOBOWYCH |  |
| DATA ANALIZY/OCENY |  |
| REKOMENDOWANA DECYZJA  |  |