Fundusze Europejskie Infrastruktura i Środowisko | Rzeczpospolita Polska | Unia Europejska Europejskie Fundusze Strukturalne i Inwestycyjne

Katowice, dn. 21.01.2021r.

ZMIANA TREŚCI
SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na DOSTAWĘ MOBILNEGO APARATU USG Nr sprawy: ZP-20-157BN

Zgodnie z art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, z późn. zm.), Zamawiający koryguje treść odpowiedzi na pytania, udzielone w dniu 18.01.2021r.

W związku z błędnym opisem przedmiotu zamówienia w poz. 22 Załącznika nr 1, Zamawiający koryguje jego treść w następujący sposób:
BYŁO: „Głowica phased array 2P1 o zakresie częstotliwości 2-4 MHz. Zastosowanie: badania kardioologoiczne, transkranialne – 1 sztuka"
JEST: „Głowica endokawitarna (ginekologiczna) o zakresie częstotliwości 3-15 MHz. Zastosowanie: badania przezpochwowe, ginekologiczne) – 1 sztuka"
Skorygowany załącznik nr 1 umieszczony poniżej.

Zamawiający działając zgodnie z art. 38 pkt. 4 ustawy - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, z późn. zm.), przedłuża termin składania i otwarcia ofert.
Przedłużenie terminu składania i otwarcia ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosków o wyjaśnienie treści SIWZ.

Aktualny termin składania ofert zostaje wyznaczony na dzień
27.01.2021r. godz.: 08:00
Otwarcie ofert nastąpi w tym samym dniu o godz.: 08:30

Ewa Mołek
Elektronicznie podpisany przez Ewa Mołek
Data: 2021.01.21 11:13:24 +01'00'

Załącznik Nr 1 do SIWZ

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Aparat mobilny USG – 1 sztuka

Lp.	OPIS	PARAMETRY OFEROWANE*
I.	PARAMETRY WYMAGANE	
	Producent …….. Model/Typ ……. **Rok produkcji: wyprodukowany nie wcześniej niż 2020r.**	
I.	WYMAGANIA OGÓLNE	
1.	Aparat przenośny na wózku, wyposażony 4 kółka skrętne z możliwością zahamowania minimum dwóch	*Potwierdzić: ……..
2.	Masa aparatu max 10 kg	*Potwierdzić, podać ……..
3.	Zasilanie sieciowo – akumulatorowe 220-240 V/10A	*Potwierdzić: ……..
4.	Kolorowy 15-calowy monitor LCD o szerokim kącie widzenia	*Potwierdzić: ……..
5.	Pulse Inversion THI – obrazowanie harmoniczne w inwersją fazy	*Potwierdzić: ……..
6.	Elastografia tkanek w czasie rzeczywistym	*Potwierdzić: ……..
7.	MicroScan Imaging – technika podnosząca jakość i rozdzielczość obrazu	*Potwierdzić: ……..
8.	Wysoka czułość Dopplera spektralnego oraz kolorowego	*Potwierdzić: ……..
9.	Automatyczny obrys i kalkulacje dla Dopplera	*Potwierdzić: ……..
10.	M-tuning – automatyczna optymalizacja obrazu po przyciśnięciu jednego klawisza	*Potwierdzić: ……..
11.	Obrazowanie Compound	*Potwierdzić: ……..
12.	Minimum dwa aktywne porty głowic	*Potwierdzić: ……..

13.	ZOOM panoramiczny	*Potwierdzić: ……..
14.	Cyfrowy układ formowania wiązki ultradźwiękowej	*Potwierdzić: ……..
15.	Automatyczny pomiar kompleksu Intima Media	*Potwierdzić: ……..
16.	Cyfrowe funkcje processingu obrazu	*Potwierdzić: ……..
17.	Pakiet fabrycznych presetów producenta do wszystkich typów badań	*Potwierdzić: ……..
18.	Możliwość założenia indywidualnych presetów zdefiniowanych przez użytkowania	*Potwierdzić: ……..
19.	8-mio stopniowa zasięgowa regulacja wzmocnienia TGC	*Potwierdzić: ……..
20.	Współpraca z pełną gamą szerokopasmowych głowic o częstotliwościach 2-15 MHz z- liniowymi, konweksowymi , mikrokonweksowymi, phased array, endowaginalnymi, endorektalnymi i śródoperacyjną	*Potwierdzić: ……..
21.	TRYB OBRAZOWANIA: Elastografia tkanek, B, 2B oraz 4B-Mode, M-Mode, Kolorowy i Anatomiczny M-Mode, Obrazowanie Harmoniczne z inwersją fazy (na wszystkich typach głowic), Kolorowy Doppler, Power Doppler, Kierunkowy Power Doppler, Obrazowanie symultaniczne na dwóch półobrazach B/B+Kolor Dooppler, Doppler Pulsacyjny PW, Doppler Ciągly CW, Doppler Tkankowy TDI kolorowy, Doppler Tkankowy TDI spektralny, Obrazowanie trapezoidalne na głowicach liniowych, Obrazowanie panoramiczne	*Potwierdzić: ……..
22.	GŁOWICE: Głowica konweksowa C362 o zakresie częstotliwości 2-6 MHz, wykonania w technologii 192-elementowej. Zastosowania: badania abdominalne (w tym badania urologiczne i położniczo-ginekologiczne), badania pediatryczne – 1 sztuka Głowica liniowa L753 o zakresie częstotliwości 5-15 MHz i szerokości obrazowania 52 mm, wykonana w technologii 256-elementowej. Zastosowanie: badania naczyniowe, płytko położonych narządów, badania ortopedyczne – 1 sztuka Głowica endokawitarna (ginekologiczna) o zakresie częstotliwości 3-15 MHz. Zastosowanie: badania przezpochwowe, (ginekologiczne) – 1 sztuka Głowica phased array do badań kardiologicznych o minimalnym zakresie częstotliwości 2-4 MHz, Kąt obrazowania głowicy kardiologicznej minimum 90 stopni, Praca głowicy kardiologicznej w trybach: B, 2B, M-mode anatomicznego, kolorowego M-Mode, Dopplera pulsacyjnego PW i ciągłego CW, Dopplera kolorowego, Dopplera Tkankowego Kolorowego i Spektralnego, Power Dopplera, Kierunkowego Power Dopplera oraz obrazowania harmonicznego THI – 1 sztuka Głowica liniowa do badań naczyń obwodowych i płytko położonych narządów o minimalnym zakresie częstotliwości 5-15 MHZ, Liczba elementów w głowicy liniowej minimum 192, Szerokość czoła głowicy liniowej minimum 45 mm, Praca głowicy liniowej w trybach: B, 2B, M-mode, Dopplera Pulsacyjnego, obrazowania harmonicznego THI oraz obrazowania trapezowego – 1 sztuka	*Potwierdzić: ……..

23.	APLIKACJE: naczyniowa, brzusza, położnicza, ginekologiczna, płytko położone narządy, mięśniowo-szkieletowa, piersi, kardiologiczna, urologiczna, pediatryczna i neonatalna, ortopedyczna, transkranialna	*Potwierdzić: ……..
24.	SYSTEM ARCHIWIZCJI BADAŃ: - Raport z badania w formacie PDF, - Archiwizacja obrazów oraz sekwencji, -Przenoszenie danych na pendrive, - Wydruk obrazów na papierze termo-czułym na pomocą videoprintera, - Protokół DICOM 3.0, - Wyjścia: USB 2.0, BNC, S-Video, VGA, Audio, LAN.	*Potwierdzić: ……..
25.	DODATKOWO: - Videoprinter Mitsubishi P93 - Walizka do ultrasonografu - Moduł EKG - Przycisk sterowania nożnego - Przystawki biopsyjne do głowicy konweksowej – 1 sztuka - Bateria	*Potwierdzić: ……..
26.	Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą)	*Potwierdzić: ……..
	VIII.	
1.	Wymagana przez producenta urządzenia częstotliwość wykonywania przeglądów technicznych	*Podać: ……..
2.	Autoryzowany serwis producenta na terenie Polski lub umowa z autoryzowanym serwisem o świadczeniu usług – należy wskazać siedzibę, nazwę, kontakt telefoniczny.	Osoba do kontaktu*: ……. Imię i nazwisko Telefon: ……..…… Mail: …….……

* *wypełnia Wykonawca*

…….…… *(miejscowość),* dnia …….…… r.

……
Podpis Wykonawcy