**Załącznik nr 1 do SWZ**

###### FORMULARZ OFERTOWY

Oferta na wykonanie zadania pn.:

**„Dostawa urządzenia medycznego – ultrasonograf-1 sztuka z dodatkowym wyposażeniem**

 **Dane wykonawcy/wykonawców**

1. Nazwa/firma…………………………………..………...........….……………………………
2. Adres ….………………..................................................................................................…….
3. Województwo ………………………………………………………………………………..
4. NIP …………………………………….………..……………………………………………
5. REGON ….……………………………………………………………………………………
6. W przypadku niedziałania Platformy zakupowej proszę o kierowanie korespondencji na adres e-mail: …………………………………………………………………………………………………
7. Osobą upoważnioną do kontaktów z zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji zamówienia (umowy) jest ………………..……………..…………………...…………….

 e-mail służbowy ………………….…………………………………

 tel./fax służbowy …………………………….………………………

1. Wykonawca jest (należy zaznaczyć jedną odpowiedź):

□ mikroprzedsiębiorstwem

□ małym przedsiębiorstwem

□ średnim przedsiębiorstwem

□ prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą

□ jest osobą fizyczną nie prowadzącą działalności gospodarczej

□ inny rodzaj (jeżeli tak, proszę wpisać rodzaj: ………..……..…)

W przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.

* + - * 1. **Niniejszym oświadczam, iż:**

1. Oferuję wykonanie zamówienia w zakresie objętym SWZ:

**- za cenę brutto całości zamówienia ..........................................................................................................** zł
(słownie: ..........................................................................................................................................................)
w tym 8% podatku VAT.

W cenie naszej oferty uwzględnione zostały wszystkie koszty wykonania zamówienia.

1. Zamówienie wykonam w terminie 42 dni kalendarzowych, licząc od daty zawarcia umowy.
2. Oferuję udzielenie **…....... - letniego okresu gwarancji** (minimum 2 lata, maksymalnie 5 lat; okres gwarancji należy podać w latach).
3. Następujące części zamówienia powierzymy Podwykonawcom:  *(wypełnić tylko jeżeli dotyczy)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa podwykonawcy | Nazwa części zamówienia |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Uważamy się związani naszą ofertą w ciągu okresu jej ważności i zobowiązujemy się do zawarcia umowy w terminie i miejscu wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. Zapoznałem się z treścią specyfikacji warunków zamówienia (w tym z projektowanym postanowieniami umowy) i nie wnoszę do ich treści żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem konieczne informacje do przygotowania oferty i wykonania zamówienia.
3. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*\*

*1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*

*\*\*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

1. Spis treści:

Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

1) ………
2) ………
3) ………

**Załącznik nr 2 do SWZ**

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

 (*pełna nazwa/firma, adres)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**dotyczące**

**PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**składane na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**

**„Dostawa urządzenia medycznego – ultrasonograf-1 sztuka z dodatkowym wyposażeniem”**

prowadzonego przez Miasto Jastrzębie-Zdrój oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w poniższych oświadczeniach są aktualne na dzień składania ofert i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

* 1. Oświadczam, że **nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy PZP**.**\***
	2. 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).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze: **\***

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

*(należy szczegółowo opisać przesłanki, o których mowa w art. 110 ust. 2 ustawy PZP*

**c)** Oświadczam, że **nie podlegam wykluczeniu 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. z 2022 poz. 835)**

***\*niepotrzebne skreślić***

**Uwaga:**

**- w przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie - zgodnie z dyspozycją art. 125 ust. 4 ustawy PZP oświadczenie składa każdy z Wykonawców**

**Załącznik nr 3 do SWZ**

*- przykładowy wzór pełnomocnictwa -*

……………………………, dn. …………………..

 miejscowość data

**Pełnomocnictwo**

1. ………………………..…………. z siedzibą w ………………, przy ul. ……………..,

 */wpisać nazwę/*

reprezentowana przez osoby uprawnione do zaciągania zobowiązań:

1. …………………………………………..
2. ………………………………………….

2. ……………….…………………. z siedzibą w ………………, przy ul. ……………..,

 */wpisać nazwę/*

reprezentowana przez osoby uprawnione do zaciągania zobowiązań:

1. …………………………………………..
2. ………………………………………….

3\*. ………………………..………. z siedzibą w ………………, przy ul. ……………..,

 */wpisać nazwę/*

reprezentowana przez osoby uprawnione do zaciągania zobowiązań:

1. …………………………………………..
2. …………………………………………..

zwani łącznie Wykonawcą, ubiegający się wspólnie o udzielenie wskazanego niżej zamówienia publicznego i wyrażający niniejszym zgodę na wspólne poniesienie związanej z tym solidarnej odpowiedzialności na podstawie art. 445 ustawy z dnia 11 września 2019 r. ustanawiamy ……………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………….………..… ……………………………………………………………………………………………..…….………………

*/wpisać nazwę firmy lub imię i nazwisko osoby, którą ustanawia się pełnomocnikiem/*

Pełnomocnikiem w rozumieniu art. 58 ust 2 ustawy Prawo zamówień publicznych i udzielamy pełnomocnictwa do:

\*\* reprezentowania wykonawcy, jak również każdej z ww. firmy z osobna, w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa urządzenia medycznego – ultrasonograf-1 sztuka z dodatkowym wyposażeniem”** prowadzonym przez Miasto Jastrzębie-Zdrój, a także do zawarcia umowy w sprawie

 zamówieniapublicznego;

\*\* reprezentowania wykonawcy, jak również każdej z ww. firmy z osobna, w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa urządzenia medycznego – ultrasonograf-1 sztuka z dodatkowym wyposażeniem** prowadzonym przez Miasto Jastrzębie-Zdrój.

*\* w przypadku gdy ofertę składa Konsorcjum złożone z 3 firm. Gdy ofertę składa Konsorcjum więcej niż 3 firm,*

 *należy dopisać pozostałe firmy*

*\*\* należy wybrać właściwą opcję*

**Załącznik nr 4 do SWZ/ Załącznik nr 1 do Umowy**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**„Dostawa urządzenia medycznego – Ultrasonografu– 1 sztuka”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETRY OFEROWANE** *(opisać, potwierdzić)* |
|  | **Wyszczególnienie-**wpisać nazwę, model, symbol, nr katalogowy |  |  |
| **I.** | **Główne parametry** |  |  |
| 1. | Wysokiej klasy, mobilny, nowoczesny aparat ultrasonograficzny, fabrycznie nowy 2023 | TAK, podać |  |
| 2. | Aparat o wadze nieprzekraczającej 100 kg | TAK, podać  |  |
| 3. | Zasilanie sieciowe 220-230V | TAK |  |
| 4. | Aktywne gniazda głowic obrazowych min. 4 | TAK, podać  |  |
| 5. | Monitor wysokiej rozdzielczości min. 1920x1080 pixeli, kolorowy, cyfrowy, typu LED lub OLED o przekątnej ekranu min. 22’ | TAK, podać  |  |
| 6. | Wbudowany konfigurowalny ekran dotykowy do sterowania funkcjami aparatu o przekątnej min. 10’ | TAK, podać  |  |
| 7. | Możliwość zmiany wysokości i obrotu pulpitu operatora wraz z monitorem lewo-prawo min. 30º, góra dół w zakresie min. 30 cm | TAK, podać  |  |
| 8. | Aparat wyposażony w moduł umożliwiający zdalne serwisowanie aparatu przez sieć internetową przez wykwalifikowanych inżynierów serwisowych, umożliwiający zdalną diagnostykę. Moduł umożliwiający przeładowanie oprogramowania aparatu, możliwość zdalnej korekty parametrów obrazowania. | TAK, podać  |  |
| **II.** | **Archiwizacja** |  |  |
| 1 | Aparat wyposażony we wbudowane archiwum na dysku twardym HDD lub SSD o pojemności min. 400 GB.  | TAK, podać  |  |
| 2 | Możliwość zapisu min. 10.000 pacjentów w aparacie. | TAK, podać  |  |
| 3 | Archiwum aparatu posiadające możliwość szyfrowania dysku twardego, możliwość szyfrowanej komunikacji DICOM, możliwość eksportowania, szyfrowania i anonimizacji danych pacjentów  | TAK |  |
| 4 | * + 1. Możliwość zapisu obrazów i pętli w formacie danych umożliwiającym m.in. późniejsze ponowne przetworzenie danych bez obecności pacjenta, wykonywanie pomiarów biometrycznych |w takim samym zakresie jak podczas badania, regulacje obrazu 2D (wzmocnienie, powiększenie, mapy szarości, koloryzacja, wygładzanie obrazu, kontrast) i Dopplera kolorowego, postprocessing danych wolumetrycznych (przełączanie płaszczyzn X/Y/Z, zmiana bramki referencyjnej 3D, zmiana rodzaju renderingu, zmiana kierunku oświetlenia bryły renderowanej)
 | TAK |  |
| 5. | Wbudowana nagrywarka płyt DVD, pamięci USB, zewnętrznych dysków twardych, nagrywająca na żywo podczas badania, sterowana przyciskiem z konsoli aparatu | TAK |  |
| 6 | Videoprinter czarno-biały | TAK |  |
| 7 | Oprogramowanie DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine, jest akceptowanym na całym świecie formatem plików do przeglądania obrazów medycznych) | TAK |  |
| 8 | Aparat wyposażony w wyjście HDMI wbudowane fabrycznie w aparat | TAK |  |
| III | **Tryb Obrazowania**  |  |  |
| 1 | Cyfrowy system formowania wiązki ultradźwiękowej.min. 1.500.000 kanałów przetwarzania | TAK, podać |  |
| 2 | Dynamika systemu powyżej 265 dB | TAK, podać |  |
| 3 | Zakres częstotliwości pracy głowic min. 1,0-18,0 MHz | TAK, podać |  |
| 4 | Tryb optymalizacji obrazu B z automatyczną korekcją ogólnego wzmocnienia i wzmocnienia strefowego tzw. TGC | TAK |  |
| **5** | Maksymalna długość filmu w pamięci kinowej min. 13.000 obrazów  | Tak, podać |  |
| 6 | Maksymalna głębokość penetracji aparatu min. 2,0 – 40,0 cm | TAK, podać |  |
| 7 | Zoom dla obrazów „na żywo" i zatrzymanych, na obrazach z archiwum minimum 8 x bez straty jakości obrazu | TAK, podać |  |
| **8** | Zoom tzw. wysokiej rozdzielczości umożliwiający zwiększenie częstotliwości odświeżania wybranego obszaru badania min. x 22 | Tak, podać |  |
| 9 | Praca aparatu w trybie wielokierunkowego emitowania i składania wiązki ultradźwiękowej z min. 10 kątami tworzącymi obraz 2D na wszystkich głowicach | TAK, podać |  |
| 10 | Praca w trybie obrazowania trapezowego na głowicach liniowych, połączona z trybami color, doppler, power doppler, doppler pulsacyjny. | TAK |  |
| 11 | Adaptacyjne przetwarzanie obrazu redukujące artefakty i szumy pracujące w połączeniu z trybem color doppler, power doppler, obrazowaniem w trybie obrazowania wielokierunkowego, doppler pulsacyjny, z obrazowaniem 3D, na obrazach na żywo i z archiwum aparatu. | TAK |  |
| 12 | Automatyczna optymalizacja obrazu trybu PW przy pomocy jednego przycisku (optymalizacja funkcji-linii bazowej, dynamiki, prędkości) | TAK |  |
| **IV** | **TRYBY PRACY** |  |  |
| 1 | **B-mode** z maksymalną prędkością odświeżania min. 2500 obr./sek. | Tak, podać |  |
| 2 | **Color doppler** o maksymalnej mierzonej prędkości min. 4 m/s, maksymalna prędkość odświeżania min. 400 obr/s | Tak, podać |  |
| 3 | **Power doppler**, rozszerzony tryb power doppler o bardzo dużej czułości (dwukierunkowy) | Tak, podać |  |
| 4 | **Doppler pulsacyjny** o maksymalnej mierzonej prędkości przy zerowym kącie korekcji ≥ 7.5 m/s | Tak, podać |  |
| 5 | Regulacja wielkości bramki w zakresie min. 1-15 mm | Tak, podać |  |
| 6 | **Kolorowy doppler tkankowy** na głowicach conwexowych | Tak |  |
| 7 | **Triplex-mode** (B+CD/PD+PWD) w czasie rzeczywistym | Tak |  |
| 8 | **Obrazowanie tzw. panoramiczne**  | Tak |  |
| 9 | **Obrazowanie harmoniczne** na wszystkich głowicach | Tak |  |
| 10 | Funkcja umożliwiająca nadawanie różnych częstotliwości dla każdego ogniska | Tak |  |
| V | **Oprogramowanie** |  |  |
| 1 | Graficzna prezentacja pomiarów biometrii na siatce centylowej oraz pomiarami Dopplera z przewodu żylnego DV, tętnicy środkowo-mózgowej, pępowinowej, tętnic macicznych; funkcja dostępna w raporcie z badania jak również na żywo podczas badania na ekranie usg | Tak |  |
| 2 | Oprogramowanie wraz z pakietami kalkulacyjnymi umożliwiającymi szybkie wykonanie pomiarów do badań:- ginekologicznych,- położniczych,- jamy brzusznej,- małych narządów,- naczyniowych,- układu mięśniowo-szkieletowego,- pediatrycznych,- urologicznych,- kardiologicznychAutomatyczny obrys i kalkulacje widma dopplerowskiego z wyznaczeniem parametrów przepływu min. PI, RI, PS, ED, HR | Tak |  |
| 3 | Specjalistyczne oprogramowanie do badań położniczych umożliwiające szybkie dokonanie pomiarów poprzez automatyczne wyznaczanie, detekcję i pomiar:- automatyczna detekcja, obrys i pomiar: NT, pomiar przezierności wewnątrzmózgowej IT, - automatyczny pomiar BPD, HC, AC, HL, FL, CM, Vp, Cerebellum z funkcją umożliwiającą ustawienie sekwencji automatycznie występujących po sobie.Automatyczny obrys i kalkulacje widma dopplerowskiego z wyznaczaniem parametrów przepływu min. PI, RI, PS, ED, HR  | Tak |  |
| 4 |  Oprogramowanie ginekologiczno - onkologiczne:- macica (długość, szerokość, wysokość)- objętość jajników (z trzech wymiarów liniowych)- endometrium- długość szyjki macicy- pomiary pęcherzyków- tętnice jajników: PS, ED, RI- uterine traceMożliwość ustawienia sekwencji pomiarowych automatycznie występujących po sobie.Możliwość tworzenia, definiowania przez użytkownika nowych pomiarów.  | Tak |  |
| 5 | Wbudowany algorytm do pomiaru i wyliczania ryzyka zmian nowotworowych guzów jajnika zgodnie z wytycznymi towarzystwa IOTA (algorytm IOTA LR2, simple rules), IETA, IDEA | Tak |  |
| 6 | Oprogramowanie do obrazowania za pomocą głowic wolumetrycznych 3D+color, power doppler do określenia kształtu naczyń. Obrazowanie 3D w czasie rzeczywistym (tzw. 4D) z maksymalną prędkością min. 46 objętości na sekundę. Funkcja 4D z automatyczną detekcją płynu i automatyczną korektą bramki skanującej na żywo w trakcie badania. | Tak |  |
| 7 | Oprogramowanie do obrazowania metodą wizualizacji trójwymiarowej pozwalająca na realistyczne odwzorowanie struktur badanych z jakością zbliżoną do obrazu rzeczywistego i regulacją światła padającego na struktury badane. | Tak |  |
| VI | **Głowice** |  |  |
| 1 | Głowica typu conwex 2D do badań, jamy brzusznej, położniczych:Zakres częstotliwości min. 3,0 – 8,0 MHz.Minimum 190 fizycznych elementówpiezoelektrycznychKąt obrazowania w trybie B min. 90ºPromień krzywizny max. 45 mm | Tak, podać |  |
| 2 | Głowica endowaginalna wolumetryczna typu 3D/4D do badań, ginekologicznych, położniczych:Zakres częstotliwości min. 4,0 – 9,0 MHz.Minimum 190 fizycznych elementówpiezoelektrycznychKąt obrazowania w trybie B min. 180º | Tak, podać |  |
| 3 | Głowica liniowa matrycowa do badań, małych narządów, piersi, tarczycy, naczyniowych, układu mięśniowo-szkieletowego:Zakres częstotliwości min. 4,0-12,0 MHz.Minimum 1000 fizycznych elementówPiezoelektrycznychSzerokość skanu min. 40 mm | Tak, podać |  |
| **VII** | **Możliwość rozbudowy aparatu**  |  |  |
| 1 | Możliwość rozbudowy o wbudowane zasilanie bateryjne umożliwiające wykonywanie badań do min. 20 minut bez podłączenia do zasilania sieciowego; podtrzymanie zasilania podczas transportu pomiędzy oddziałami | TAK |  |
| 2 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie na zewnętrzny komputer pozwalający na obróbkę obrazów wolumetrycznych 3D umożliwiający uzyskanie obrazowania tzw. tomograficznego, możliwość pomiarów wolumetrycznych rzeczywistych wymiarów i objętości z obrazów wolumetrycznych, możliwość automatycznej detekcji pęcherzyków jajnika i automatyczne dokonywanie pomiarów tj. objętości i wymiary. Oprogramowanie do kalkulacji pomiarów z 2D tj. HC, AC, FL, NT, BPD oraz oceny ryzyka trysomii 13/18/21. | TAK |  |
| 3 | Możliwość rozbudowy o obrazowanie biopsyjne wykorzystujące technikę 3D w czasie rzeczywistym do przedstawienia toru biopsyjnego igły. | TAK |  |
| 4 | Możliwość rozbudowy o Doppler Fali Ciągłej o maksymalnej mierzonej prędkości przy zerowym kącie korekcji ≥ 15.0 m/s | TAK |  |
| 5 | Możliwość rozbudowy o głowicę kardiologiczną min. 1-4 MHz i głowicę kardiologiczną dla dzieci min. 4-12 MHz. | TAK |  |
| 6 | Możliwość rozbudowy o głowicę microsektor min 4-12 MHz i min. 96 fizycznych elementów piezoelektrycznych, kat obrazowania 90 º | TAK |  |
| 7 | Możliwość rozbudowy o głowicę microkonweksową 2D min. 4-10 MHz fizycznych elementów piezoelektrycznych 128, pole widzenia min. 130 º | TAK |  |
| 8 | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie kardiologiczne płodu STIC (ocena trójwymiarowego echa serca *płodu*). | TAK |  |
| 9 | Możliwość rozbudowy o eksport danych w formatach: STL, OBJ, PLY, 3MF, XYZ. | TAK |  |