**Załącznik nr. 3.3 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia**

### „Dostawa czytników eDowodów osobistych z pinpadem”

### Czytnik eDowodów osobistych z pinpadem – 10 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane minimalne parametry techniczne komputerów** | **Parametr oferowany –***Wykonawca winien opisać/podać oferowane parametry* |
|  | Producent | Wpisać producenta |
|  | Typ/Model | Wpisać typ/model |
|  | W ramach zamówienia należy dostarczyć i zainstalować 10 sztuk czytników e-Dowodu osobistego umożliwiających identyfikację pacjenta i automatyzację procesu rejestracji. |  |
|  | Urządzenia muszą być zgodne ze specyfikacją Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji dla czytników do e-Dowodu. |  |
|  | Natywna, pełna integracja z posiadanym przez Zamawiającego systemem HIS AMMS Asseco. |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące | **Okres gwarancji podany na formularzu ofertowym (nie wypełniać)** |
|  | Pinpad czytnika powinien posiadać klawisze o minimalnej wielkości: 10 mm x 5 mm”. |  |
|  | Dźwiękowe potwierdzenie bezpiecznego wprowadzania kodu PIN poprzez wbudowany piezoelektryczny brzęczyk |  |
|  | Podświetlany wyświetlacz z funkcją regulacji jasności podświetlenia |  |
|  | Wyświetlacz o minimalnych wymiarach: 60 mm x 10 mm |  |
|  | Czytnik musi posiadać możliwość wymiany kabla USB bez ingerencji w konstrukcję urządzenia |  |
|  | Do zaoferowanego czytnika musi być zapewnione bezpłatne oprogramowanie pośredniczące, umożliwiające integrację z posiadanym przez zamawiającego oprogramowanie HIS, co najmniej umożliwiające przekazywanie danych osobowych pacjenta zawartych w warstwie elektronicznej dowodu osobistego.”  |  |
|  | Dostarczone urządzenia mają pochodzić z legalnego kanału dystrybucji producenta, być wyprodukowane nie późnej niż w 2022 roku oraz posiadać aktualną gwarancję producenta |  |

***Potwierdzam spełnienie zapisów Opisu przedmiotu zamówienia na***

***„Dostawa czytników eDowodów osobistych z pinpadem.”***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………… | ……………………… | …………………………………………………………….. |
| Miejscowość | Data | *(podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)* |

***Dokument należy wypełnić elektronicznie. Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF (poprzez funkcję „zapisz jako”) i podpisanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym w formacie PAdES. Zamawiający dopuszcza inne formaty plików i podpisów zgodnie z zapisami SWZ Rozdział XIV.***