|  |
| --- |
| **ZAKRES NR 1 – VIDEOKOLONOSKOP HDTV- 1 szt.**  |
| **Załącznik nr 1B Parametry techniczne** |
| ***ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH/OCENIANYCH*** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Lp.****a** | **Nazwa/Opis parametru****b.** | **Parametr wymagany/ (graniczny) i/lub oceniany****c** | **Parametr oferowany - wpisuje Wykonawca****(w miejscach oznaczonych (\*) podać numer strony oferty z potwierdzeniem zaoferowanego parametru)****d.** | **Zasady oceny****e.** |
|  | Obrazowanie w standardzie HDTV1080p | TAK |  | Wymagane |
|  | Obrazowanie w wąskim paśmie światła realizowanym poprzez filtr optyczny oraz cyfrowy | TAK |  | Wymagane |
|  | Grubość sondy endoskopowej – max. 12,8 mm. | TAK |  | Wymagane |
|  | Grubość końcówki sondy endoskopowej – max. 12,8 mm. | TAK |  | Wymagane |
|  | Kanał roboczy – min. 3,7 mm | TAK |  | Wymagane |
|  | Głębia ostrości od 2 mm do 100 mm | TAK |  | Wymagane |
|  | Zginanie końcówki endoskopu: min. G:180o, D: 180o, L:160o, P:160o | TAK |  | Wymagane |
|  | Pole widzenia – min. 140o | TAK |  | Wymagane |
|  | Kanał irygacyjny Water Jet | Tak |  | Wymagane |
|  | Ilość przycisków do sterowania funkcjami procesora - minimum 4 | TAK |  | Wymagane |
|  | Funkcja zmiany sztywności sondy pokrętłem w głowicy endoskopu | TAK/NIE | **0 pkt – brak możliwości zmiany sztywności sondy****20 pkt – możliwość zmiany sztywności sondy****(\*)** | Parametr oceniany |
|  | Długość sondy roboczej – 1680 mm | TAK |  | Wymagane |
|  | Aparat w pełni zanurzalny, nie wymagający nakładki uszczelniającej | TAK |  | Wymagane |
|  | Typ konektora - jednogniazdowy | TAK |  | Wymagane |
|  | Pełna kompatybilność z posiadanym torem wizyjnym EXERA III | TAK |  | Wymagane |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | • (\*) Przedmiotowe środki dowodowe złożone wraz z ofertą na potwierdzenie parametrów ocenianych nie będą podlegały uzupełnieniu, Wykonawca do oferty załącza materiały firmowe w języku polskim – np. katalogi techniczne, foldery, specyfikacje handlowe, ulotki – dotyczy parametrów ocenianych (patrz Kryteria oceny ofert) • Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.• W tabelce należy podać numer strony katalogu, na której znajduje się opis parametru, a w katalogu należy wyróżnić kolorem lub podać numer parametru , którego dany opis dotyczy.Miejscowość .......................................................... data ......................................................**Gwarancja i serwis – Modyfikacja**  |  |  |  |
| 1. | Gwarancja minimum 24 miesiące. | Tak |  | podać |
| 2. | **I**nstalacja  | Tak |  | Wymagane |
| 3. | serwis gwarancyjny i dostępny serwis pogwarancyjny. | Tak |  | Wymagane |
| 4. | Możliwość zgłaszania usterek 24h/dobę  | Tak |  | Wymagane |
| 5. | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. do 48 godzin (dotyczy dni roboczych). | Tak |  | Wymagane |
| 6. | Naprawa powinna być wykonana w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania zgłoszenia, w przypadku gdy naprawa wymaga sprowadzenia nowych części termin zostanie wydłużony do 10 dni roboczych | Tak |  | Wymagane |
| **7.** | **Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy - maksimum 3** | **Tak** |  | **Wymagane** |
| 8. | Minimalny okres przestoju ponad czas przewidziany na naprawę wydłużający gwarancję- 5 dni roboczych | Tak |  | Wymagane |
| 9. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | Tak |  | Wymagane |
| 10.  | Dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie RP  | TAK |  | Wymagane |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć razem z aparatem) | Tak |  | Wymagane |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
| **ZAKRES NR 2 –** **VIDEODUODENOSKOP Z SYSTEMEM BLOKUJĄCYM PROWADNICĘ - 1 szt.**  |
| **Załącznik nr 1B Parametry techniczne** |
| ***ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH/OCENIANYCH*** |

 |  |  |  |
| **Lp.****a** | **Nazwa/Opis parametru****b.** | **Parametr wymagany/ (graniczny) i/lub oceniany****c** | **Parametr oferowany - wpisuje Wykonawca****(w miejscach oznaczonych (\*) podać numer strony oferty z potwierdzeniem zaoferowanego parametru)****d.** | **Zasady oceny****e.** |
| 1. | Pełna kompatybilność z posiadanym torem wizyjnym serii EXERA III | TAK |  | Wymagane |
| 2. | Pole Widzenia min. 100o | TAK |  | Wymagane |
| 3. | Kierunek widzenia min. 15o | TAK |  | Wymagane |
| 4. | Głębia Ostrości min. 5-60 mm | TAK |  | Wymagane |
| 5. | Średnica zewn. końcówki – max 13,5 mm | TAK |  | Wymagane |
| 6. | Średnica zewn. sondy - max 11,3 mm | TAK |  | Wymagane |
| 7.  | Zakres odchylenia końcówki min.- **G:**120o **D:** 90o  **L:**90o  **P:**110o | TAK |  | Wymagane |
| 8. | Długość robocza sondy min. 1240 mm | TAK |  | Wymagane |
| 9. | Średnica wewnętrzna kanału biopsyjnego min. 4,2 mm | Tak |  | Wymagane |
| 10. | Mechanizm blokowania prowadnicy poprzez elewator w końcówce sondy | TAK |  | Wymagane |
| 11. | Możliwość blokowania prowadnicy pod dwoma kątami | TAK/ NIE | **0 pkt – brak blokowania prowadnicy pod dwoma kątami****20 pkt - możliwość blokowania prowadnicy pod dwoma kątami****(\*)** | Parametr oceniany |
| 12. | Jednorazowe osłony dystalne zapewniające lepszy dostęp do końcówki sondy w trakcie czyszczenia | TAK |  | Wymagane |
| 13. | Jednostopniowe złącze wodoodporne bez konieczności stosowania dodatkowej nasadki w trakcie czyszczenia | TAK |  | Wymagane |
| 14. | Gwarancja 36 mies. obejmująca naprawę aparatu w pełnym zakresie i bez względu na przyczynę powstania uszkodzenia | TAK |  | Wymagane |
| 15. | Pełna kompatybilność z posiadanym torem wizyjnym EXERA III | TAK |  | Wymagane |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Uwagi i objaśnienia:• (\*) Przedmiotowe środki dowodowe złożone wraz z ofertą na potwierdzenie parametrów ocenianych nie będą podlegały uzupełnieniu, Wykonawca do oferty załącza materiały firmowe w języku polskim – np. katalogi techniczne, foldery, specyfikacje handlowe, ulotki – dotyczy parametrów ocenianych (patrz Kryteria oceny ofert) • Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.• W tabelce należy podać numer strony katalogu, na której znajduje się opis parametru, a w katalogu należy wyróżnić kolorem lub podać numer parametru , którego dany opis dotyczy.Miejscowość .......................................................... data ......................................................**Gwarancja i serwis – Modyfikacja**  |  |  |  |
| 1. | Gwarancja minimum 24 miesiące. | Tak |  | podać |
| 2. | **I**nstalacja  | Tak |  | Wymagane |
| 3. | serwis gwarancyjny i dostępny serwis pogwarancyjny. | Tak |  | Wymagane |
| 4. | Możliwość zgłaszania usterek 24h/dobę  | Tak |  | Wymagane |
| 5. | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. do 48 godzin (dotyczy dni roboczych). | Tak |  | Wymagane |
| 6. | Naprawa powinna być wykonana w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania zgłoszenia, w przypadku gdy naprawa wymaga sprowadzenia nowych części termin zostanie wydłużony do 10 dni roboczych | Tak |  | Wymagane |
| **7.** | **Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy - maksimum 3** | **Tak** |  | **Wymagane** |
| 8. | Minimalny okres przestoju ponad czas przewidziany na naprawę wydłużający gwarancję- 5 dni roboczych | Tak |  | Wymagane |
| 9. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | Tak |  | Wymagane |
| 10.  | Dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie RP  | TAK |  | Wymagane |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć razem z aparatem) | Tak |  | Wymagane |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
| **ZAKRES NR 3 –** **PROCESOR OBRAZU HDTV 1080p – 1 SZTUKA ( zestaw )** |
| **Załącznik nr 1B Parametry techniczne** |
| ***ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH/OCENIANYCH*** |

 |  |  |  |
|  | **Nazwa/Opis parametru****b.** | **Parametr wymagany/ (graniczny) i/lub oceniany****c** | **Parametr oferowany - wpisuje Wykonawca****(w miejscach oznaczonych (\*) podać numer strony oferty z potwierdzeniem zaoferowanego parametru)****d.** | **Zasady oceny****e.** |
| **PROCESOR OBRAZU HDTV 1080p – 1 SZTUKA ( zestaw )** |
| 1. | Możliwość wyboru standardu obrazowania spośród: HDTV1080p, HDTV1080i, SXGA, SDTV. | TAK |  | Wymagane |
| 2. | Cyfrowe wyjścia HDTV1080: DVI-D, 2X HD-SDI, | TAK |  | Wymagane |
| 3. | Wyjścia wideo standard: S-video, Composite | TAK |  | Wymagane |
| 4. | Wejścia HDTV: HD-SDI | TAK |  | Wymagane |
| 5. | Wyjście komunikacyjne: Ethernet/DICOMM, Fire – wire | TAK |  | Wymagane |
| 6. | Menu funkcyjne oraz komunikaty procesora wyświetlane w pełni w języku polskim | TAK |  | Wymagane |
| 7. | Polskie czcionki komunikatów procesora | TAK |  | Wymagane |
| 8. | Możliwość używania znaków diakrytycznych (ą,ę,ć,ł,ń,ó,ż,ź) podczas wpisywania imienia i nazwiska pacjenta. | Tak |  | Wymagane |
| 9. | Możliwość podłączenia urządzeń magazynujących - USB Stick | TAK |  | Wymagane |
| 10. | Zapisywanie zdjęć jako JPEG lub bezstratny TIFF | TAK |  |  |
| 11. | System wyboru przez procesor najostrzejszego zdjęcia w momencie uruchomiania zapisu obrazów. | TAK/NIE | **0 pkt – brak systemu wyboru najostrzejszego zdjęcia****10 pkt – system wyboru najostrzejszego zdjęcia****(\*)** | parametr oceniany |
| 12. | Trzy tryby przysłony: auto, maksymalny, średni. | TAK |  | Wymagane |
| 13. | Tryb wzmocnienia obrazu, uwydatniania krawędzi obrazu – 27 trybów | TAK |  | Wymagane |
| 14. | Możliwość uwydatniania krawędzi obrazu również po jego zatrzymaniu | TAK |  | Wymagane |
| 15. | Równoczesny - optyczny i cyfrowy filtr ograniczający widmo światła czerwonego – uwydatniający naczynia oraz zmiany warstwy śluzówki. | TAK |  | Wymagane |
| 16. | Min 3 tryby obrazowania w wąskim paśmie światła | TAK |  | Wymagane |
| 17. | Automatyczny dobór trybu obrazowania w wąskim paśmie światła w zależności od rodzaju podłączonego endoskopu. | TAK |  | Wymagane |
| 18. | Ilość minimalna dowolnie programowalnych przycisków funkcyjnych na procesorze – 2, na klawiaturze – 4. | TAK |  | Wymagane |
| 19. | Pełna kompatybilność z endoskopami typ EXERA firmy Olympus posiadanymi przez pracownię | TAK |  | Wymagane |
| 20. | Pełna kompatybilność z programem do archiwizacji badań ENDOBASE – posiadanym przez pracownię | TAK |  | Wymagane |
| 21. | Na wyposażeniu ssak endoskopowy oraz pompa płuczaca | TAK |  | Wymagane |
| **ŹRÓDŁO ŚWIATŁA – 1 SZTUKA ( zestaw )** |
| 1. | Lampa Ksenon 300 Watt | TAK |  | Wymagane |
| 2. | Optyczny filtr wąskiego pasma światła umieszczony w źródle światła, wycinający widmo światła odpowiedzialne za kolor czerwony. | TAK |  | Wymagane |
| 3. | Zapasowa żarówka Halogen włączana automatycznie w razie awarii lampy głównej – 35 W. | TAK |  | Wymagane |
| 4. | Automatyczna regulacja mocy światła | TAK |  | Wymagane |
| 5. | Ręczna regulacja mocy światła +/- 8 stopni | TAK |  | Wymagane |
| 6. | Możliwość włączenia lub wyłączenia żarówki przyciskiem na panelu urządzenia. | TAK |  | Wymagane |
| 7. | Insuflacja powietrza min 3 stopnie | TAK |  | Wymagane |
| 8. | Współpraca z endoskopami EXERA posiadanymi przez pracownię | TAK |  | Wymagane |
| **MONITOR HD – 1 SAZTUKA ( zestaw )** |
| 1. | Monitor medyczny | TAK |  | Wymagane |
| 2. | Przekątna ekranu: min. 31,5 ” | TAK |  | Wymagane |
| 3. | Technologia panelu: LCD TFT z aktywną matrycą | TAK |  | Wymagane |
| 4. | Podświetlenie: LED | TAK |  | Wymagane |
| 5. | Rozdzielczość: min. 3840 × 2160 | TAK |  | Wymagane |
| 6. | Proporcje ekranu: 16:9 | TAK |  | Wymagane |
| 7. | Kąt widzenia: min. 178° | TAK |  | Wymagane |
| 8. | Kontrast: 1000:1 | TAK |  | Wymagane |
| 9. | Wejścia sygnału 4K: 12G-SDI ×2, Display Port ×1, HDMI ×1 | TAK |  | Wymagane |
| 10. | Wyjścia sygnału 4K: 12G-SDI ×2 | TAK |  | Wymagane |
| 11. | Funkcja skalowania obrazu HD do rozdzielczości 4K | TAK |  | Wymagane |
| **WÓZEK ENDOSKOPOWY – 1 SZTUKA ( zestaw )** |
| 1. | Podstawa jezdna z blokadą dwóch kół | TAK |  | Wymagane |
| 2. | Wieszak na dwa endoskopy | TAK |  | Wymagane |
| 3. | Możliwość umieszczenia wieszaka z lewej lub prawej strony wózka | TAK |  | Wymagane |
| 4. | Przegubowe ramię umożliwiające manipulację ramieniem – góra, dół, lewo, prawo. Umożliwia położenie monitora poza obrysem wózka. | TAK/NIE | **0 pkt brak przegubowego ramienia****10 pkt – przegubowe ramię****(\*)** | parametr oceniany |
| 5. | Transformator separujący umożliwiający podłączenie urządzeń | TAK |  | Wymagane |
| 6. | Minimum 4 półki do ustawienia urządzeń, 2 półki z możliwością regulacji wysokości | TAK |  | Wymagane |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Uwagi i objaśnienia:• (\*) Przedmiotowe środki dowodowe złożone wraz z ofertą na potwierdzenie parametrów ocenianych nie będą podlegały uzupełnieniu, Wykonawca do oferty załącza materiały firmowe w języku polskim – np. katalogi techniczne, foldery, specyfikacje handlowe, ulotki – dotyczy parametrów ocenianych (patrz Kryteria oceny ofert) • Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.• W tabelce należy podać numer strony katalogu, na której znajduje się opis parametru, a w katalogu należy wyróżnić kolorem lub podać numer parametru , którego dany opis dotyczy.Miejscowość .......................................................... data ......................................................**Gwarancja i serwis – Modyfikacja**  |  |  |  |
| 1. | Gwarancja minimum 24 miesiące. | Tak |  | podać |
| 2. | **I**nstalacja  | Tak |  | Wymagane |
| 3. | serwis gwarancyjny i dostępny serwis pogwarancyjny. | Tak |  | Wymagane |
| 4. | Możliwość zgłaszania usterek 24h/dobę  | Tak |  | Wymagane |
| 5. | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. do 48 godzin (dotyczy dni roboczych). | Tak |  | Wymagane |
| 6. | Naprawa powinna być wykonana w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania zgłoszenia, w przypadku gdy naprawa wymaga sprowadzenia nowych części termin zostanie wydłużony do 10 dni roboczych | Tak |  | Wymagane |
| **7.** | **Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy - maksimum 3** | **Tak** |  | **Wymagane** |
| 8. | Minimalny okres przestoju ponad czas przewidziany na naprawę wydłużający gwarancję- 5 dni roboczych | Tak |  | Wymagane |
| 9. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | Tak |  | Wymagane |
| 10.  | Dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie RP  | TAK |  | Wymagane |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć razem z aparatem) | Tak |  | Wymagane |