**Załącznik nr 7.1 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 1 – Sonda (głowica) convex– 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1. | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Głowica fabrycznie nowa | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Głowica convex kompatybilna z aparatem USG LOGIQ S8 firmy GE rok produkcji 2016 nr fabryczny 324157SU 7 | TAK |  |
|  | Aplikacje: brzuszna, naczyniowa, położnictwo, ginekologia, pediatria | TAK, podać |  |
|  | Pasmo 1-6 MHz | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość pracy dla trybu B-mode 2, 3, 4, 5 MHz, harmoniczne 3, 4, 5 MHz | TAK, podać |  |
|  | Ilość elementów piezoelektrycznych 192 | TAK, podać |  |
| 8. | Głębokość penetracji min. 4-33 cm | TAK, podać |  |
| 9. | Pole widzenia FOV (Max) = 700 | TAK, podać |  |
| 10. | Montaż sprzętu w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
| 11. | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
| 12. | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowana głowica jest dopuszczona do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą głowicy | TAK |  |
| 13. | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
| 14. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**Załącznik nr 7.2 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 2 – Panel LCD do badania ostrości wzroku – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Panel LCD fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Przekątna min. 24” | TAK, podać |  |
|  | Określenie ostrości wzroku przy pomocy optotypów | TAK, podać |  |
|  | Wykonanie badań funkcjonalnych narządu widzenia min.:  - badanie widzenia barwnego  - badanie czułości kontrastowej | TAK, podać |  |
|  | Badanie ostrości wzroku umożliwiające zaawansowaną diagnostykę narządu wzroku co najmniej.:  - randomizacje;  - prezentacje znaków ze zmniejszonym kontrastem;  - wykonywanie testów widzenia barwnego;  - wykonywanie testów spolaryzowanych;  - wyświetlanie animacji dla dzieci | TAK, podać |  |
|  | Montaż sprzętu w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty