##### Zadanie nr 5

##### ..............................................................

##### Pieczęć firmowa Wykonawcy/ów

#### I. SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa i uruchomienie ultra mobilnego aparatu USG („aparatu”) dla Oddziału Onkologii zlokalizowanego w Bielsku-Białej, przy ulicy Wyspiańskiego 26.
2. Przedmiot zamówienia obejmuje w szczególności:
3. Dostawę i uruchomienie Aparatu w miejscu dostawy.
4. Udzielenie gwarancji, jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż 2 lata   
   (24 miesiące) oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.
5. Zapewnienie serwisu i obowiązkowych przeglądów przez cały okres gwarancji i rękojmi w ramach zaoferowanej ceny.
6. Dostarczenie instrukcji obsługi (w języku polskim) oraz przeprowadzenie szkolenia (w języku polskim) minimum 3 pracowników użytkownika w zakresie obsługi i eksploatacji dostarczonego Sprzętu, w miejscu dostawy.
7. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
8. Miejsce dostawy: Oddział Onkologii zlokalizowany przy ul. Wyspiańskiego 26.
9. Aparat należy dostarczyć, zmontować i uruchomić w terminie do 30 dni od daty podpisania umowy.
10. Aparat po dostawie i uruchomieniu musi być gotowy do realizacji badań bez koniecznego zakupu dodatkowego wyposażenia czy oprogramowania.
11. Oferowany głowica i tablet musi być oznakowany znakiem CE.
12. Głowica aparatu USG musi być dopuszczona do obrotu w Rzeczpospolitej Polskiej, jako wyrób medyczny zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 07 kwietnia 2022 r. – konieczność przedstawienia odpowiednich dokumentów rejestracji wyrobów medycznych
13. Aparat musi być fabrycznie nowy. Zamawiający nie dopuszcza zakupu Aparatu używanego tzw. demonstracyjnego /z wystaw, pokazów, itp./, rok produkcji Aparatu nie starszy niż 2022 r.

**ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO- UŻYTKOWYCH ULTA MOBILNEGO USG:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany/ podać** | **Parametr**  **oceniany** |
| **I** | **Dane ogólne** | | | |
| 1. | Pełna nazwa i model oferowanego USG | podać |  | |
| 2. | Producent/kraj pochodzenia | podać |  | |
| 3. | Rok produkcji - 2022 | podać |  | |
| **II** | **Wymagania techniczne** | | | |
| 1. | Głowica wraz z tabletem fabrycznie nowa. Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondycjonowanych, demonstracyjnych, itp. | Tak |  | bez oceny |
| 2 | Waga głowicy 200g 10g | Tak , podać |  | bez oceny |
| 3 | Głowica posiadająca wbudowaną sondę liniową oraz typu convex z min. 128 fizycznymi elementami dla każdej z sond | Tak , podać |  | bez oceny |
| 4 | Ochrona głowicy przed pyłem i wodą min. IP 645 | Tak , podać |  | bez oceny |
| 5 | Czas pracy głowicy z wbudowanym akumulatorem min. 50 minut | Tak.podać |  | bez oceny. |
| 6 | Sonda liniowa zakres pracy min. 3 do 12 MHz | Tak. podać |  | bez oceny |
| 7 | Sonda convex zakres pracy min .2 do 5 MHz | Tak. podać |  | bez oceny |
| 8 | Głębokość skanowania sondy liniowe do min. 8 cm | Tak. podać |  | bez oceny |
| 9 | Głębokość skanowania sondy convex do min. 24 cm | Tak. podać |  | bez oceny |
| 10 | Tryby pracy głowicy min:   * Czarno-biały B-mode, * Obrazowanie harmoniczne, * Color doppler, * Regulacja do 6 stref TGC, * Ustawianie stref focusowania | Tak, podać |  | bez oceny |
| 11 | Bezprzewodowa komunikacja między głowicą a urządzeniem mobilnym z zainstalowaną aplikacją | Tak |  | bez oceny |
| 12 | Dedykowany tablet z wyświetlaczem min. 10 ” wraz z zainstalowaną dedykowaną aplikacją do obsługi i wyświetlania obrazów z głowicy o parametrach zapewniających płynne działanie aplikacji i zgodny z wytycznymi producenta głowicy | Tak, podać |  | bez oceny |
| 13 | Aplikacja umożliwia wizualizację i pomiar struktur anatomicznych oraz płynu w badaniu ultrasonograficznym | Tak |  | bez oceny |
| 14 | Aplikacja zabezpieczona jest hasłem i umożliwia ręczne wprowadzanie danych pacjenta lub wybór z listy roboczej | Tak |  | bez oceny |
| 15 | Aplikacja zapewnia przechowywanie do min. 500 badań w pamięci urządzenia mobilnego w bezpiecznej postaci, nie dostępnej dla innych aplikacji urządzenia, a obrazy i filmy bez identyfikacji danych pacjenta | Tak, podać |  | bez oceny |
| 16 | Wyposażenie min.:   * Ładowarka bezprzewodowa, * Futerał ochronny na głowicę, | Tak, podać |  | bez oceny |
| **III** | **INNE** | | | |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim (załączyć w wersji papierowej, bądź elektronicznej) | Tak |  | Bez oceny |
| 2 | Oświadczenie (wraz z kopią deklaracje zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważne deklaracje zgodności CE – **dołączyć do oferty.** | TAK |  | bez oceny |
| 3 | Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres **nie krótszy niż 24 miesiące** oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla aparatu. **(podać)** | TAK |  | 24 miesiące - 0 pkt.  36 miesięcy - 5 pkt.  48 miesięcy i więcej - 10 pkt. |
| 4 | Wykonanie obowiązkowych przeglądów w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty . | TAK |  | bez oceny |
| 5 | Autoryzowany serwis gwarancyjny osobiście lub przez podmiot określony w art. 90 (Rozdział 13 – używanie i utrzymywanie wyrobów) ustawy z dnia 07 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych w okresie udzielony Zamawiającemu gwarancji i rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji. | TAK |  | bez oceny |
| 6 | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail. | TAK |  | bez oceny |
| 7 | Czas reakcji serwisu\* **do 48 godzin w dni robocze** od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | TAK |  | bez oceny |
| 8 | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji **nie może przekroczyć 5 dni roboczych** w przypadku konieczności dostarczenia nowych części 7 dni . W przypadku przedłużenia czasu naprawy powyżej 7 dni konieczność wstawienia aparatu zastępczego tej samej klasy. | TAK |  | bez oceny |
| 9 | Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu. |  |  | bez oceny |
| 10 | W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego typu  (techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe. | TAK |  | bez oceny |
| 11 | Szkolenie personelu w zakresie poprawnej i bezpiecznej eksploatacji Sprzętu (minimum 3 pracowników) w cenie oferty . | TAK |  | bez oceny |

**UWAGA!**

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wiersze w kolumnie „Parametr oferowany”, przy czym:

1. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
2. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
3. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga określenia czy urządzenie posiada  
   lub nie posada danego parametru, Wykonawca winien wpisać odpowiednio  
   TAK lub NIE;

Oferta Wykonawcy, który nie wpisze żadnej wartości odpowiednio liczbowej/słownej/sformułowania TAK lub NIE, w obrębie poszczególnych parametrów, wpisze wartość parametru powyżej maksimum lub poniżej minimum (w zależności od parametru) określonego przez Zamawiającego lub wpisze, że urządzenie nie posiada parametru, w przypadku, gdy będzie on obligatoryjny, zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt. 5) *ustawy Pzp* jako oferta, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (Sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest fabryczne nowe, kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

..................................................................

miejscowość i data

**Formularz podpisany przy pomocy podpisu elektronicznego**

dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym

Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF