#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

**I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU PRZETARGU**

###### Pantomograf cyfrowy 3D - 1 szt.

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**II . Część do wypełnienia przez przystępującego do przetargu:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Nazwa urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **2** | Typ urządzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **3** | Producent |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **4** | Rok produkcji nie wcześniej niż 2023. Urządzenie/a fabrycznie nowe. | Rok produkcji wskazanego zakresu zamówienia **……………………………….**  Tak - produkty fabrycznie nowe | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Kraj pochodzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**6. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika.**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | | **WARTOŚĆ OFEROWANA**  **( podać, opisać )** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. | *TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )* | |  |
| 2 | Długość udzielanej gwarancji nie mniej niż **24 miesiące** (*podać ilość miesięcy*). Przeglądy techniczne urządzenia w zakresie i z częstością zalecaną przez producenta oraz instrukcję obsługi w czasie trwania gwarancji. | TAK | |  |
|  |  |  |  | *Wpisać* |

**7.Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | | **Parametry graniczne** | **Parametry oferowane**  ( podać, opisać ).  - Należy szczegółowo opisać każdy oferowany parametr urządzenia/sprzętu.  - Dopuszcza się wpisanie słowa - TAK jeżeli oferowany parametr jest zgodny z minimalnym wymogiem granicznym.  ***( UWAGA: Jeżeli wykonawca w sposób jednoznaczny nie określi parametru według w/w zasad, Zamawiający będzie wymagał jednoznacznego potwierdzenia/udowodnienia oferowanego parametru )*** |
| **Wymagania ogólne** | | | | |
|  | | Wykonywanie zdjęć panoramicznych. | TAK |  |
|  | | Projekcja panoramiczna wykonywana za pomocą jednego skanu (bez klejenia skanów). | TAK |  |
|  | | Funkcjonalność polegająca na wykonywaniu w trybie pantomografii co najmniej 21 warstw w trakcie  badania oraz tworzenie sumacyjnego obrazu wysokiej precyzji odwzorowania. | TAK |  |
|  | | Wykonywanie tomografii CBCT | TAK |  |
|  | | Tomografia CBCT wykonywana za pomocą jednego skanu (bez klejenia skanów). | TAK |  |
|  | | Rozmiar piksela matrycy dla projekcji CBCT nie większy niż 100 mikro metrów. | TAK |  |
|  | | Czas skanowania w trybie CBCT nie dłuższy niż 20s. | TAK |  |
|  | | Obszar obrazowania w trybie CBCT nie mniejszy niż 8x8 cm. | TAK |  |
|  | | Rozmiar voxela w trybie CBCT nie większy niż 0,3 mm. | TAK |  |
|  | | Czas skanowania w trybie panoramicznym nie dłuższy niż 15s. | TAK |  |
|  | | Zakres napięć aparatu nie mniejszy niż 60-99 kV. | TAK |  |
|  | | Zakres prądów aparatu nie mniejszy niż 4-10 mA. | TAK |  |
|  | | Wielkość ogniska lampy nie większa niż 0,5 mm. | TAK |  |
|  | | Skala szarości nie mniejsza niż 14 bit. | TAK |  |
|  | | W zestawie z aparatem komputer rekonstrukcyjny z monitorem o przekątnej co najmniej 27”. | TAK |  |
|  | | Oprogramowanie niezbędne do wyświetlania oraz analizy badań 2D w języku polskim. | TAK |  |
|  | | Oprogramowanie niezbędne do wyświetlania oraz analizy badań 3D w języku polskim. | TAK |  |
|  | | Moduł Konsultacji - baza co najmniej 150 animacji 3D przedstawiających  konkretny przypadek kliniczny oraz sposoby leczenia. | TAK |  |
|  | | Aparat dostosowany do badań w pozycji siedzącej- w zestawie dedykowane krzesełko. | TAK |  |
|  | | Moduł planowania implantów. | TAK |  |
|  | | Obrazy panoramiczne oraz tomograficzne generowane w formacie DICOM. | TAK |  |
|  | | Podłączenie do szpitalnego systemu PACS.  *Uwaga: Zamawiający we własnym zakresie i na własny koszt zapewni licencję do systemu PACS. Dostawca aparatu odpowiada jedynie za podłączenie aparatu.* | TAK |  |
| **Wymagania dodatkowe** | | | | |
|  | | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi i aplikacji medycznych niezbędnych do eksploatacji urządzenia (minimum 5 osób). | TAK |  |
|  | | Szkolenie personelu technicznego zamawiającego - Szkolenie obejmujące co najmniej 2 osoby. | TAK |  |

**UWAGA:**

Dla uznania oferty za ważną Wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.

Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 w miejscach do tego przeznaczonych należy załączyć do oferty.

Oświadczenie Wykonawcy:

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

**Wypełniony i podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym załącznik nr 1 należy załączyć do oferty.**

Podpis Wykonawcy: .........................................