#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

**I . OKREŚLENIE PRZEDMIOTU PRZETARGU**

###### Aparat USG z opcją kolorowego dopplera - 1 kpl.

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

**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 2019. Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane. | Rok produkcji: …………………….  Urządzenie fabrycznie nowe nie rekondycjonowane ( Tak/Nie – wpisać ): …………. | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **5** | Rok wprowadzenia urządzenia do seryjnej produkcji |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |
| **6** | Kraj pochodzenia |  | | |
|
|  |  |  | *Wpisać* |  |

**7. 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** | |  |
|  |  |  |  | *Wpisać* |

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

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Parametry graniczne** | **Parametry oferowane**  ( podać, opisać, wpisać ). |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagania ogólne** |  |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy nie mniejszy niż 2,0-18,0 MHz. | Tak |  |
|  | Dynamika systemu min. 185 dB. | Tak |  |
|  | Ilość niezależnych gniazd w aparacie min. 4. | Tak |  |
|  | Monitor o orientacji pionowej i przekątnej min. 19 cali. | Tak |  |
|  | Możliwość obracania monitora prawo/lewo min. 170 stopni. | Tak |  |
|  | Możliwość regulacji wysokości monitora min. 25 cm. | Tak |  |
|  | Możliwość regulacji wysokości panelu sterowania min. 25 cm. | Tak |  |
|  | Panel sterowania wykonany z silikonu zapewniający szczelność i ułatwiający czyszczenie i dezynfekcję. | Tak |  |
|  | Klawiatura alfanumeryczna do wprowadzania opisów z podświetlanymi klawiszami funkcyjnymi. | Tak |  |
|  | Możliwość regulacji panelu sterowania prawo/lewo min 350°. | Tak |  |
|  | Waga aparatu bez głowic max. 75 kg. | Tak |  |
|  | Wewnętrzna archiwizacja badania w aparacie na dysku min. 400 GB.  Możliwość zgrania obrazów badania na pamięć zewnętrzną typu pendrive oraz na płytę CD. | Tak |  |
|  | Długość filmu CINE LOOP min. 28 s. | Tak |  |
|  | Głębokość skanowania w zakresie nie mniejszym niż 0,5 cm – 28 cm. | Tak |  |
|  | Tryby pracy: 2D (B mode), M mode, Doppler Pulsacyjny, CW Doppler, Doppler Kolorowy, Power Doppler, Duplex, Triplex, obrazowanie harmoniczne. | Tak |  |
|  | Min. 8 stopniowa regulacja wzmocnienia TGC. | Tak |  |
|  | Specjalistyczne oprogramowanie aplikacyjne i pomiarowe dla min.: urologii, chirurgii, ginekologii i położnictwa, anestezjologii i intensywnej terapii, badań naczyniowych, badań mięśniowo-szkieletowych. | Tak |  |
|  | Specjalistyczne oprogramowanie aplikacyjne i pomiarowe dla chirurgii śródoperacyjnej i neurochirurgii. | Tak |  |
|  | Zakres mierzonej prędkości przepływu w Dopplerze Kolorowym nie mniejszy niż: 0,2 cm/s – 490 cm/s. | Tak |  |
|  | Zakres mierzonej prędkości przepływu w Dopplerze CW nie mniejszy niż 0,5 cm/s -1970 cm/s. | Tak |  |
|  | Zakres mierzonej prędkość przepływu w Dopplerze Pulsacyjnym nie mniejszy niż 0,2 cm/s - 800 cm/s. | Tak |  |
|  | Szerokość bramki Dopplera pulsacyjnego nie gorzej niż 1-20 mm. | Tak |  |
|  | Videoprinter czarno – biały. | Tak |  |
|  | **Głowica liniowa kompatybilna z zaoferowanym aparatem USG.** |  |  |
|  | Częstotliwość pracy w zakresie nie mniejszym niż 2,5 - 7,5 MHz. | Tak |  |
|  | Ilość niezależnych elementów tworzących i odbierających sygnał ultradźwiękowy w głowicy min. 190. | Tak |  |
|  | Szerokość czoła głowicy max. 40 mm. | Tak |  |
|  | Przycisk na głowicy umożliwiający uruchomienie głowicy, zamrożenie i aktywację obrazu. | Tak |  |
|  | **Głowica sektorowa kompatybilna z zaoferowanym aparatem USG.** | Tak |  |
|  | Częstotliwość pracy w zakresie nie mniejszym niż 2,0 – 4,0 MHz. | Tak |  |
|  | Ilość niezależnych elementów tworzących i odbierających sygnał ultradźwiękowy w głowicy min. 95. | Tak |  |
|  | Przycisk na głowicy umożliwiający uruchomienie głowicy, zamrożenie i aktywację obrazu. | Tak |  |
|  | **Szkolenia** |  |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi i aplikacji medycznych niezbędnych do eksploatacji urządzenia (minimum 5 osób). | TAK  ( wpisać ilość osób ) | Tak/Szkolenie w zakresie wymaganym – minimum … osób |
|  | Szkolenie personelu technicznego zamawiającego (wraz z wystawieniem stosownych certyfikatów) w zakresie podstawowych czynności sprawdzenia stanu technicznego urządzenia i podstawowej konserwacji technicznej.  Szkolenie obejmujące co najmniej 2 osoby. | TAK  ( wpisać ilość osób ) | Tak/Szkolenie w zakresie wymaganym – minimum … osób |

**9.Walory techniczno-eksploatacyjne punktowane przez użytkownika w kryterium Parametry techniczne**

| **Nr ppkt.** | **OPIS PARAMETRÓW** | **Punktacja** | **Parametry oferowane**  ( podać, opisać, wpisać ). |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Możliwość rozbudowy zaoferowanej głowicy liniowej w momencie składania oferty o przystawkę biopsyjną na biopsje cienko i grubo igłowe. | TAK- 5 pkt.  NIE- 0 pkt. |  |
|  | Możliwość rozbudowy w momencie składania oferty o obrazowanie elastografii tkanek. | TAK- 5 pkt.  NIE- 0 pkt. |  |
|  | Możliwość rozbudowy w momencie składania oferty o głowicę śródoperacyjną przezotworową, neurochirurgiczną o częstotliwości pracy w zakresie nie mniejszym niż 5,0 – 10,0 MHz. | TAK- 5 pkt.  NIE- 0 pkt. |  |
|  | Możliwość rozbudowy w momencie składania oferty o przystawkę biopsyjną. | TAK- 5 pkt.  NIE- 0 pkt. |  |
|  | Możliwość rozbudowy w momencie składania oferty o oprogramowanie umożliwiające tworzenie obrazów 3D. | TAK- 5 pkt.  NIE- 0 pkt. |  |
|  | Możliwość rozbudowy w momencie składania oferty o moduł obrazowania kontrastowego. | TAK- 5 pkt.  NIE- 0 pkt. |  |
|  | Możliwość rozbudowy w momencie składania oferty o system fuzji MRI-USG. | TAK- 5 pkt.  NIE- 0 pkt. |  |

**UWAGA:**

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

W tabeli pod pkt. 8 i 9 należy opisać, wpisać, podać oferowany parametr.

Wypełniony i podpisany załącznik nr 1 należy załączyć do oferty.

Oświadczenie Wykonawcy:

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

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