**PARAMETRY TECHNICZNE, SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

**Dostawa urządzeń medycznych dla Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie-Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Gliwicach**

**Zadanie nr 4 - Wolumetryczny skaner USG pęcherza moczowego**

**CZ.I PARAMETRY TECHNICZNE**

|  | **Parametry wymagane** | **Wartość wymagana** | **Parametry oferowane**  /wypełnia Wykonawca –  należy potwierdzić spełnienie wymagań poprzez „TAK” lub tam gdzie to wymagane podać posiadane parametry/ |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE OGÓLNE** | | | |
|  | Producent/kraj | TAK,  **(podać)** | Producent\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kraj\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Model/Typ | TAK,  **(podać)** | Model\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Typ (jeżeli posiada, w przypadku gdy nie posiada wpisać nie posiada)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe (rok produkcji nie wcześniej niż 2025), kompletne i gotowe do użycia – bez dodatkowych nakładów finansowych ze strony Zamawiającego | TAK  **(podać)** |  |
|  | Urządzenie zgodne z Rozporządzeniem 2017/745 w sprawie wyrobów medycznych (MDR) bądź zgodne z Dyrektywą Rady 93/42/EEC (MDD) wraz z późniejszymi przepisami przejściowymi, potwierdzone deklaracją zgodności i/lub certyfikatem CE  (w zależności od klasy wyrobu medycznego) oraz stosownymi oświadczeniami  (jeśli wymaga) | TAK, **podać** |  |
| **PARAMETRY SZCZEGÓŁOWE** | | | |
|  | Technologia cyfrowa | TAK |  |
|  | Aparat łatwy w obsłudze i praktyczny z możliwością separacji higienicznej pomiędzy ręką operatora a ekranem sterującym | TAK |  |
|  | Interface aparatu w języku polskim | TAK |  |
|  | Konfiguracja/setup aparatu w języku polskim | TAK |  |
|  | System pomocy podręcznej w języku polskim | TAK |  |
|  | Dwa tryby pracy:  - pomiar pęcherza  - tryb diagnostyczny – (prezentacja 2D) | TAK |  |
|  | Aparat przenośny z możliwością zamocowania na wózku jezdnym | TAK |  |
|  | Wózek z regulacją wysokości położenia i kąta pochylania pulpitu aparatu oraz z możliwością blokady kół | TAK |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy LCD (min. 7 cali) | TAK |  |
|  | Rozdzielczość monitora (min. 800 x 400) | TAK  **(podać)** |  |
|  | Regulacja jasności monitora | TAK |  |
|  | Szybki start aparatu (max. 20 sekund) | TAK  **(podać)** |  |
|  | Możliwość wyboru użytkowników (min. 5) | TAK  **(podać)** |  |
|  | Zasięg skanowania (min. 20 cm) | TAK  **(podać)** |  |
|  | Klawiatura na ekranie dotykowym do wprowadzania danych | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia zewnętrznej klawiatury alfanumerycznej | TAK |  |
|  | Obsługa czytnika kodów kreskowych (Opcja) | TAK |  |
|  | Wydruk wyników na wbudowanej drukarce termicznej | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe | TAK |  |
|  | Czas pracy na zasilaniu akumulatorowym (min. 3 godziny) | TAK  **(podać)** |  |
|  | System oszczędzania energii | TAK |  |
|  | System automatycznej kalibracji aparatu | TAK |  |
|  | Wymiary urządzenia: max. 300 x 220 x 100 mm (+/- 20 mm) | TAK  **podać** |  |
|  | Waga urządzenia z drukarką – max. 2 kg | TAK  **(podać)** |  |
| **ARCHIWIZACJA OBRAZÓW** | | | |
|  | Archiwizacja obrazów w pamięci aparatu (min. 100 obrazów) | TAK |  |
|  | Baza danych pacjentów | TAK |  |
|  | Port USB | TAK  **(podać)** |  |
|  | Aplikacja PC – do zarządzania bazą danych (Opcja) | TAK |  |
| **OPROGRAMOWANIE POMIAROWE** | | | |
|  | Tryb: Pomiary pęcherza:   * Automatyczne obliczanie objętości pęcherza * Automatyczny obrys pęcherza w czasie rzeczywistym * Pomiary półautomatyczne | TAK |  |
|  | Metody pomiarowe   * Automatyczna * Punktowa * Trzyosiowa | TAK  **(podać)** |  |
|  | Aplikacje pomiarowe   * Dla mężczyzn * Dla kobiet * Dla dzieci | TAK |  |
|  | Dokładność pomiarowa +/- 15 % | TAK  **(podać)** |  |
|  | Minimalny zakres pomiarowy = 0 ml. | TAK  **(podać)** |  |
|  | Maksymalny zakres pomiarowy >1400 ml. | TAK  **(podać)** |  |
|  | Czas pomiaru - < 5 s. | TAK  **(podać)** |  |
|  | Tryb diagnostyczny (2D) | TAK |  |
|  | Pomiary: odległości, pola powierzchni, objętości | TAK |  |
|  | Liczba par kursorów pomiarowych odległość w trybie B – min. 2 | TAK  **(podać)** |  |
|  | Pomiar za pomocą jednego przycisku na głowicy | TAK |  |
| **GŁOWICE ULTRADŹWIĘKOWE** | | | |
|  | Głowica sektorowa, szerokopasmowa | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości: 2,5 – 5 MHz | TAK  **(podać)** |  |
|  | Kąt skanowania w trybie B: min. 100 stopni | TAK  **(podać)** |  |
| **GWARANCJA I SERWIS** | | | |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące obejmująca cały system (aparat, głowice, drukarka) nie krótsza jednak od okresu gwarancji zapewnionej przez producenta urządzenia. | TAK  **(podać)** |  |
|  | Wykonawca w okresie gwarancji zapewni pełną obsługę serwisową (wraz z kosztem: dojazdu, części zamiennych i robocizny). | TAK |  |
|  | Dostępność części zamiennych min. 10 lat od daty sprzedaży urządzenia | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji przeglądy gwarancyjne zgodnie z zaleceniami producenta wraz ze wszystkimi częściami niezbędnymi do wykonania przeglądów  W okresie gwarancji Zamawiający wymaga wykonania co najmniej 1 przeglądu w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK, **podać częstotliwość** | Częstotliwość wymagana przez producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Bezpłatna dostawa sprzętu zastępczego o takich samych parametrach na czas trwania naprawy trwającej powyżej 5 dni roboczych | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA I SZKOLENIE** | | | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim lub w języku angielskim w wersji papierowej oraz elektronicznej | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie obsługi i konserwacji sprzętu w cenie urządzenia  Czas trwania każdego szkolenia powinien być dostosowany w taki sposób, aby wyczerpać wszystkie niezbędne zagadnienia zapewniające bezpieczną i prawidłową pracę z urządzeniami wg zaleceń producenta | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu technicznego z zakresu obsługi technicznej i konserwacji w cenie urządzenia | TAK |  |

**Dane w poz. 1 i 2 są wymagane w celu zidentyfikowania zaoferowanego produktu   
(muszą umożliwiać jego identyfikację)**

**Wymagane parametry techniczne określone przez Zamawiającego w niniejszym druku są warunkami granicznymi.**

**Niespełnienie nawet jednego z ww. wymagań spowoduje odrzucenie oferty.**

**CZ. II – SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

| **LP.** | **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA** | **J.M.** | **ILOŚĆ** | **CENA JEDNOSTKOWA NETTO [PLN]** | **WARTOŚĆ NETTO**  **[PLN]** | **VAT**  **[%]** | **WARTOŚĆ VAT**  **[PLN]** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  **[PLN]** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6**  **(4 x 5)** | **7** | **8**  **(6 x 7)** | **9**  **(6 + 8)** |
| 1. | Skaner USG pęcherza moczowego  z wyposażeniem | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | Szkolenie personelu oraz pracowników Działu Aparatury Medycznej | kpl. | 1 |  |  |  |  |  |
| 3. | Dostawa, instalacja | kpl. | 1 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM (POZ. NR 1-3)** | | | | |  |  |  |  |

**Jeżeli w ramach jednej pozycji zastosowanie ma więcej niż jedna stawka podatku VAT,   
wymaga się wyceny osobno dla każdego elementu przedmiotu zamówienia objętego daną stawką podatku VAT.**

**Uzyskaną w tabeli powyżej wartość netto oraz brutto należy przenieść do formularza „Oferty” w stosunku 1:1.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez osobę(y)   
uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą   
reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym)   
właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.