**Znak sprawy: EZ/242/2025/ESŁ**

**Załącznik nr 2.3 do SWZ**

*(Załącznik nr ………. do umowy)*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-FUNKCJONALNYCH**

**Pakiet nr 3 – Aparat USG do oceny zmian skórnych**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent** |  |
| **Nazwa / model / typ / nr katalogowy** |  |
| **Rok produkcji (min. 2025 r.)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów techniczno-funkcjonalnych** | **Parametr wymagany / punktowany** | **Parametr oferowany – opisać, podać zakresy** *(wskazać dokument przedmiotowy wraz z numerem strony na potwierdzenie spełnienia parametru)* |
| 1 | Bezprzewodowa sonda USG z wbudowanym beamformerem | TAK, opisać |  |
| 2 | Współpraca z systemem iOS i Android:  iOS 11 lub nowszy,  Android 4.4.2 (API 19) lub nowszy,  lub równoważnym umożliwiającym obsługę poniżej wskazanych funkcjonalności urządzeń | TAK, opisać |  |
| 3 | Elektroniczna wieloczęstotliwościowa sonda typu linear | TAK |  |
| 4 | Zakres częstotliwości min. 8-20 MHz | TAK, podać |  |
| 5 | Maksymalna głębokość obrazowania min. 4 cm | TAK, podać |  |
| 6 | Ilość elementów min. 192 | TAK, podać |  |
| 7 | Tryby obrazowania:  B-mode  M-mode  Power Doppler  Color Doppler | TAK, podać |  |
| 8 | Rodzaje wykonywanych badań:  Estetyka  Dermatologia  Płuco  MSK  Nerwy  Oczne  Chirurgia Plastyczna  Małe organy  Naczyniowy | TAK, podać |  |
| 9 | Łączność z urządzeniem przenośnym za pomocą WiFi802.11n, dual band 2.4GHz & 5GHz | TAK |  |
| 10 | Sterowanie za pomocą Bluetooth Low Energy 4.1 | TAK |  |
| 11 | Możliwość rozbudowy o funkcję sterowania głosowego | TAK |  |
| 12 | Obudowa ze stopów magnezu | TAK |  |
| 13 | Odporność na upadek z wysokości 50 cm | TAK |  |
| 14 | Wodoodporność - Współczynnik IP67 | TAK |  |
| 15 | Waga max 300 g | TAK, podać |  |
| 16 | Warunki pracy - zakres temperatur 0 - 40 °C | TAK, podać |  |
| 17 | Czas pracy na akumulatorze min. 60 minut badania | TAK, podać |  |
| 18 | Czas czuwania na akumulatorze min. 7 dni | TAK, podać |  |
| 19 | Czas ładowania max. 90 min | TAK, podać |  |
| 20 | Spełnia wymagania normy IEC 60601-1-12 | TAK |  |
| 21 | Specjalistyczna aplikacja do pobrania z Play Store lub AppStore | TAK |  |
| 22 | Funkcje automatycznego wzmocnienia i doboru częstotliwości | TAK |  |
| 23 | Możliwość rozbudowy o Doppler pulsacyjny (PW) | TAK |  |
| 24 | Możliwość rozbudowy o funkcję DICOM | TAK |  |
| 25 | **Urządzenie obrazujące** | TAK, opisać |  |
| 26 | Pamięć wbudowana min. 128 GB | TAK |  |
| 27 | Czytnik linii papilarnych | TAK |  |
| 28 | Typ ekranu - Pojemnościowy, Multi-Touch, IPS | TAK |  |
| 29 | Przekątna ekranu min. 11" | TAK, podać |  |
| 30 | Rozdzielczość ekranu min 2160 x 1600 | TAK, podać |  |
| 31 | Łączność:  Wi-Fi 6 (802.11 a/b/g/n/ac/ax) | TAK |  |
| 32 | Moduł Bluetooth | TAK |  |
| 33 | Złącza: USB C | TAK, podać |  |
| 34 | System operacyjny iPadOS / Android | TAK |  |
| 35 | Rozdzielczość nagrywania wideo Min. FullHD (1920 x 1080 px) | TAK |  |
| 36 | Dodatkowe informacje:  wbudowane głośniki stereo | TAK |  |
| 37 | Dołączone akcesoria: zasilacz | TAK |  |
| 38 | Dedykowana torba na urządzenie, pozwalająca bezpiecznie transportować sondę | TAK |  |
| 39 | Dodatkowa nakładka chłodząca, pozwalająca wydłużyć czas pracy urządzenia poprzez możliwość podpięcia do zewnętrznego źródła zasilania | TAK |  |
| **Pozostałe** | | | |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiące | TAK | ***Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym.*** *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym w SWZ.* |
| 2 | W okresie gwarancji – przeglądy okresowe w ilości wymaganej przez producenta (podać liczbę wymaganych dla bezpiecznej pracy urządzenia, przeglądów okresowych w okresie 1 roku) | TAK, podać |  |
| 3 | Szkolenie w zakresie obsługi | TAK |  |
| 4 | Karta Gwarancyjna | TAK, dostarczyć przy dostawie |  |
| 5 | Instrukcja obsługi | TAK, dostarczyć przy dostawie |  |
| 6 | Przedmiot umowy jest **wyrobem medycznym** wrozumieniu **ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych** (Dz.U. 2024 poz. 1620) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych.  W przypadku, gdy **komponenty, akcesoria lub elementy zestawu** nie stanowią wyrobu medycznego w rozumieniu ww. ustawy, **Wykonawca zobowiązany jest do przedłożenia stosownego oświadczenia** wskazując, **które elementy nie są wyrobami medycznymi.** | TAK | *Szczegółową kalkulację cenową dotyczącą wyrobów niemedycznych Wykonawca winien podać w formie odrębnej tabeli stanowiącej załącznik do formularza ofertowego.* |

**Parametry wymagane zaznaczone „TAK” stanowią parametry graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji przedmiotu zamówienia.**

**Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty dokumentach przedmiotowych wraz z tłumaczeniem na język polski.**

Serwis gwarancyjny prowadzi…………………..………..…………………..…....... (uzupełnić)

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.