

**załącznik nr 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/47/2017 - Formularz przedmiotu zamówienia, cenowy**

**Pakiet nr 1 – Aparat USG z sondą liniową**

Lp.	Nazwa	ilość	Cena jednostk netto	Cena jednostk Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Przenośny aparat USG z sondą liniową i convex	szt	1					

.....  
 ((podpis osoby – osób uprawnionych  
 o składania oświadczeń woli  
 wraz z pieczętką imienną))

**Przenośny aparat USG z sondą liniową i konvex – 1 szt.**

Nazwa:	
Model, typ, nr katalogowy:	
Kraj pochodzenia:	
Rok produkcji nie wcześniejszy niż 2017 r.	

	Opis parametrów technicznych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
I.	Jednostka główna:		
1	Technologia cyfrowa	Tak	
2	Łatwy w obsłudze i praktyczny ultrasonograf z możliwością separacji higienicznej pomiędzy ręką operatora a ekranem sterującym	Tak	
3	Ekranowa Klawiatura do wprowadzania danych – informacji o pacjencie, użytkownika, komentarzy i opisów	Tak	
4	Możliwość podłączenia klawiatury zewnętrznej przewodowej lub bezprzewodowej	Tak	
5	Możliwość podłączenia zdalnego - bezprzewodowego sterownika/ pilota pozwalającego na obsługę podstawowych funkcji ultrasonografu z pewnej odległości. Bezprzewodowy sterownik ręczny	Tak	
6	Specjalny pulpit sterowniczy z trackballem i indukcyjną ładowarką sterownika ręcznego	Tak	
7	Aparat Przenośny z możliwością zamocowania na wózku jezdnym	Tak	
8	Wózek z regulacją wysokości położenia i kąta pochylania aparatu pulpitu oraz z możliwością blokady kół	Tak	
9	Funkcja DUPLEX Doppler (Color/ Power Doppler)	Tak	
10	Zakres częstotliwości pracy 2,0 – 12,0 MHz	Tak, podać	
11	Ilość kanałów przetwarzania $\geq 128$	Tak, podać	
12	Zakres dynamiki systemu $\geq 120$ dB	Tak, podać	

13	Liczba aktywnych gniazd do przyłączenia głowic min. 3	Tak, podać	
14	Wielkość ekranu (przekątna) min. 15"	Tak, podać	
15	Ekran dotykowy	Tak	
16	Rozdzielczość monitora Full HD 1920 x 1080	Tak, podać	
17	Możliwość rozbudowy o kolejne gniazdo głowic elektronicznych lub mechanicznych (opcja)	Tak	
18	Waga bez wózka max 6 kg	Tak, podać	
19	Drukarka termiczna (video) czarno-biała	Tak	
20	Drukarka laserowa do wydruku raportów Wi – Fi (opcja)	Tak	
21	Możliwość wyboru formatu wydruku	Tak	
II.	Archiwizacja obrazów:		
22	Możliwość nagrywania i odtwarzania dynamicznego obrazów (tzw. Cine loop)	Tak	
23	Liczba klatek min. 1024 (obrazów) pamięci dynamicznej (CINE) prezentacji 2D	Tak, podać	
24	Możliwość konfiguracji własnych opisów	Tak	
25	Znaczniki „Body Mark” z pozycją głowicy	Tak	
26	Archiwizacja obrazów w pamięci aparatu min. 10 000 obrazów	Tak, podać	
27	Wbudowany dysk HDD	Tak	
28	Porty USB min. 2	Tak, podać	
29	Biblioteka opisów dla poszczególnych aplikacji	Tak	
30	Możliwość zapisu obrazów statycznych i ruchomych na Pen drive	Tak	
31	Możliwość jednoczesnego zapisu na dysku aparatu i Pen-drive 1 przyciskiem	Tak	
32	Format zapisu danych minimum: BMP, JPG, AVI (DICOM – Opcja)	Tak	
33	Pamięć podręczna (Snapshot)	Tak	
34	Kartoteka pacjentów	Tak	
35	Możliwość zapamiętania nastaw użytkownika dla każdej aplikacji	Tak	
III.	Obrazowanie i prezentacja obrazów		
36	Tryby pracy – prezentacje: B (2D) B + B ZOOM B + M Color Flow B + CF Power Doppler B + PD Pulse Wave B + PW Dual Live B + B / CF Doppler B + B / Power Doppler	Tak	
37	Zakres ustawienia głębokości penetracji 2 – 30 cm	Tak, podać	
38	Zakres ustawienia prędkości w trybie M 4 – 16 s.	Tak, podać	
39	Zakres bezstratnego powiększania obrazu (tzw. Zoom) min. 4x	Tak, podać	
40	Włączanie/wyłączanie siatki skali i rozmiaru	Tak	
41	Filtry obrazowe - processingi	Tak	
42	Filtry krawędziowe	Tak	
43	Zobrazowanie Harmoniczne	Tak	
44	Cyfrowa filtracja obrazu	Tak	
45	Automatyczna optymalizacja parametrów nadajnika i odbiornika jednym przyciskiem	Tak	
46	Możliwość obrotu obrazu o 90 stopni (tryb ortopedyczny)	Tak	
47	Przełącznik nożny RUN / FREEZE (opcja)	Tak	
48	256 poziomów szarości	Tak	

IV.	Oprogramowanie pomiarowe		
49	Programy – m.in.: - jama brzuszna - urologia - małe narządy - ginekologia - położnictwo - ortopedyczne - proktologiczne - badania dopplerowskie	Tak	
50	Aplikacja do badań prenatalnych w pierwszym trymestrze ciąży	Tak	
51	Liczba par kursorów pomiarowych odległości min. 6	Tak, podać	
52	Automatyczny pomiar zwężenia % wymiarów liniowych	Tak	
53	Automatyczny pomiar stosunku % wymiarów powierzchni	Tak	
54	Możliwość wprowadzania własnych tabel	Tak	
55	Możliwość wprowadzania komentarzy i opisów na obrazie	Tak	
56	Znaczniki ciała (Body Mark) z markerem położenia głowicy	Tak	
57	Strzałki (pointery) do umieszczania na obrazie badania	Tak	
58	Pomiary : odległości, pola powierzchni, objętości, kątów	Tak	
59	Pomiar automatyczny objętości pęcherza w trybie Bladder Volume	Tak	
60	Pomiary na obrazach z pamięci podręcznej (Snapshot)	Tak	
61	Pomiary automatyczne w trybie Doppler PW (min. PSV, EDV, TAM, RI, PI, S/D)	Tak	
V.	Głowice ultradźwiękowe		
62	Głowica liniowa, szerokopasmowa, do badań małych narządów położonych powierzchownie	Tak	
63	Zakres częstotliwości 5 – 12 MHz (dot. poz. 62)	Tak, podać	
64	Długość głowicy min. 40 mm	Tak, podać	
65	Głowica Convex , szerokopasmowa, do badań jamy brzusznej,	Tak	
66	Zakres częstotliwości 2 - 5 MHz (dot. poz. 65)	Tak, podać	
67	Możliwość zastosowania przystawki biopsyjnej do głowicy convex	Tak	
68	Możliwość rozbudowy ultrasonografu na dzień składania ofert o głowicę rektalną dwupłaszczyznową do badań urologicznych	Tak	
69	Zakres częstotliwości 5 - 10 MHz (dot. poz. 68)	Tak, podać	
70	Możliwość zastosowania przystawki biopsyjnej do głowicy rektalnej	Tak	
71	Możliwość rozbudowy ultrasonografu na dzień składania ofert o głowicę 360 <sup>o</sup> do badań proktologicznych	Tak	
72	Zakres częstotliwości 5 – 12 MHz (dot. poz. 71)	Tak, podać	
VI.	Warunki serwisu gwarancji		
73	Interface w języku polskim	Tak	
74	Konfiguracja – Setup aparatu w języku polskim	Tak	
75	System pomocy podręcznej – w języku polskim	Tak	
76	Certyfikat CE na aparat i głowice	Tak	
77	Gwarancja obejmująca cały system (aparat, głowice, printer) min. 36 miesiące	Podać oferowany okres gwarancji	
78	Bezpłatna dostawa sprzętu zastępczego o takich samych parametrach na czas trwania naprawy trwającej powyżej 5 dni roboczych	Tak/Nie	
79	Dostępność części zamiennych min. 10 lat od daty sprzedaży urządzenia	Tak/Nie	
80	Bezpłatne okresowe przeglądy gwarancyjne z wymianą elementów eksploatacyjnych, w odstępach czasowych wymaganych przez producenta urządzeń, ale nie rzadziej niż jeden raz na 12 miesięcy gwarancji	Tak	
81	Czas usunięcia usterki 5 dni roboczych licząc od czasu zgłoszenia awarii na piśmie lub faksem, a w przypadku konieczności sprowadzenia części z poza granic Polski – w terminie do 14 dni	Tak	

82	Bezpłatny dojazd do siedziby Zamawiającego w zakresie gwarancyjnej obsługi serwisowej i obsługi eksploatacyjnej	Tak	
83	Nieodpłatne szkolenie wybranego personelu Zamawiającego w zakresie użytkowania oferowanego sprzętu	Tak	
84	Gwarantowany czas reakcji serwisu rozumiany jako czas podjęcia naprawy od chwili zgłoszenia (godz.) ≤48 godz.	Tak, podać	
85	Autoryzacja serwisu Wykonawcy przez producenta urządzenia (załączyć potwierdzenie producenta)	Tak	
86	Nazwa serwisu, adres, nr telefonu i faxu	Podać	
87	Minimalna liczba napraw w czasie gwarancji powodująca wymianę podzespołu na nowy (max 3)	Podać	
88	Proponowane formy serwisu pogwarancyjnego	Podać	

**UWAGA:**

Wszystkie parametry liczbowe lub zaznaczone słowem "Tak", podane w rubryce Warunek stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny jest fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondukcjonowany, kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

Oświadczam, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych gwarantują bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewniają wymagany poziom usług medycznych.

**Pakiet nr 2 – Głowica endokawitarna**

Lp.	Nazwa	ilość	Cena jednost netto	Cena jednostk Brutto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	Producent
1	Głowica endokawitarna do aparatu USG HD15 i HD5	szt	1					

.....  
*(podpis osoby – osób uprawnionych o składania oświadczeń woli wraz z pieczętką imienną)*

**NAZWA I TYP OFEROWANEGO URZĄDZENIA** .....  
**NAZWA PRODUCENTA** .....  
**KRAJ PRODUKCJI** .....  
**ROK PRODUKCJI** .....

**Głowica endokawitarna**  
**Parametry techniczno – funkcjonalne**

Lp.	PARAMETR/ WARUNEK	Wymogi graniczne TAK/NIE	Oferowane warunki i parametry
1.	Wykonawca posiada autoryzację producenta na terenie Polski i zapewniający autoryzowany serwis producenta na terenie Polski. Potwierdzić odpowiednim dokumentem.	TAK, podać	
2.	Sonda do wykonywania badań ginekologiczno – położniczych, fabrycznie nowa	TAK, podać	
3.	Kompatybilność z posiadanym przez szpital aparatem USG Philips HD 15 i HD5	TAK	
4.	Zakres częstotliwości pracy min.: od 4.0 do 8.0 MHZ	TAK, podać	
5.	Kąt pola widzenia min.: 135°	TAK, podać	
6.	Tryby obrazowania 2D min.: sterowany pod kontrolą obrazu Doppler Spektralny (PW), Doppler Kolorowy (CD), Doppler Mocy (CPA)	TAK, opisać	

**UWAGA:** Nie spełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Wszystkie parametry techniczne i warunki gwarancji oraz serwisu gwarancyjnego muszą być spełnione łącznie. Wykonawca zobowiązuje się do zainstalowania ww. sprzętu oraz przeszkolenia personelu w zakresie jego obsługi, a w razie konieczności przeszkolenia personelu technicznego w zakresie obsługi technicznej.

**Oświadczamy, że** oferowane powyżej sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotów do podjęcia działalności, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Wyżej wyspecjalizowane urządzenie jest fabrycznie nowe, nie były przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.

....., DNIA .....

.....  
*(podpis osoby – osób uprawnionych  
 o składania oświadczeń woli  
 wraz z pieczętką imienną)*