**Załącznik nr 2 do SWZ PO ZMIANACH**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.261.2.1.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 1**

 A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena****jednostkowa***netto* | **Wartość***netto**6=4x5* | **Stawka VAT***%* | **Cena****jednostkowa***brutto**8=5+7* | **Wartość***brutto**9=4\*8* | Uwagi |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **I** | **Echokardiograf** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  |  |

słownie brutto…………………………………................................................................ złotych.

**B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi……………..miesięcy\*.**

*\* dane te należy przenieść w odpowiednie miejsce Formularza oferty.*

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| **Echokardiograf – 1 szt.** | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Zasilanie jednofazowe 230V AC |
|  | Zasilanie bateryjne na czas transportu aparatu. Czas podtrzymania napięcia nie krótszy niż 30min |
|  | Monitor kolorowy LED lub LCD o przekątnej ekranu min. 21” oraz rozdzielczości min. 1920 x 1080 |
|  | Możliwość zmiany wysokości monitora niezależnie od panelu sterowania oraz regulacja pochyłu i obrotu. |
|  | Regulacja wysokości pulpitu. |
|  | Maksymalna waga kompletnego aparatu 90 kg. |
|  | Min. 4 aktywne i równoważne gniazda do przyłączenia głowic obrazowych |
|  | Klawiatura alfanumeryczna do wpisywania danych pacjentów oraz komentarzy i opisów obrazu |
|  | Panel dotykowy wspomagający obsługę aparatu z możliwością regulacji jasności o przekątnej min 10” |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (cineloop) dla CD i obrazu 2D min. 2000 klatek |
|  | Wymagana dynamika aparatu powyżej 250 dB |
|  | Wewnętrzny dysk twardy o pojemności min.500 GB |
|  | Zakres częstotliwości pracy ultrasonografu min. 1,5 MHz do 18.0 MHz |
|  | Videoprinter czarno-biały małego formatu, wbudowany w aparat |
|  | Regulacja głębokości penetracji w zakresie min. (2 cm - 32 cm) |
|  | Obrazowanie harmoniczne |
|  | Kolorowy Doppler tkankowy. |
|  | Spektralny Doppler tkankowy |
|  | Częstotliwość odświeżania obrazu 2D min. 1000 obrazów na sek. |
|  | Anatomiczny M-mode na obrazach „live” oraz obrazach zatrzymanych i z pamięci aparatulub\*\*anatomiczny M-mode tylko na obrazach „live” |
|  | Regulacja wielkości bramki Dopplerowskiej (SV) min (1,0 do 15,00mm) |
|  | Korekcja kąta w zakresie minimum ± 88° na żywo, obrazie zatrzymanym, na obrazie zapisanym w archiwum na dysku |
|  | Doppler fali ciągłej CWD |
|  | Możliwość regulacji położenia linii bazowej i korekcji kąta na obrazach w trybie Dopplera spektralnego zapisanych na dysku |
|  | Jednoczesne wyświetlanie na ekranie dwóch obrazów w czasie rzeczywistym typu B i B/CD |
|  | Min. 8-stopniowe powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym |
|  | Min. 8-stopniowe powiększenie obrazu zamrożonego |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu 2D oraz w trybach Dopplera przy pomocy jednego przycisku (m. in. Automatyczne dopasowanie wzmocnienia obrazu) |
|  | Możliwość zaprogramowania w aparacie nowych pomiarów oraz kalkulacji |
|  | Pomiar odległości, min. 8 pomiarów |
|  | Pomiar obwodu, pola powierzchni, objętości, kątów |
|  | Pomiary w trybie kolorowego Dopplera metodą PISA, minimum ERO |
|  | Głowica sektorowa, elektroniczna matrycowa, wieloczęstotliwościowa głowica do badań kardiologicznych * Szerokopasmowa, wieloczęstotliwościowa o zakresie pracy min. 1,5 – 4,8 MHz
* Obrazowanie harmoniczne, minimum 4 pary częstotliwości
* Możliwość zmiany częstotliwości PW-doppler, minimum 4 różnych częstotliwości
* Kąt pola obrazowania min. 100 stopni

Ilość kryształów w głowicy min. 230lub\*\*głowica sektorowa matrycowa, wieloczęstoltiwościowa do badań kardiologicznych o częstotliwości pracy od 1 do 5 MHz, z 3 parami częstotliwości harmonicznych, 1 częstotliwością dla PW Dopplera, kątem obrazowania 90 stopni oraz z ilością kryształów 3040 |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę liniową wieloczęstotliwościową o zakresie pracy min 3,0-10,0 MHz, szerokości obrazowania 42mm+/-5%, ilości kryształów min 192 lub\*\*możliwość rozbudowy o głowicę liniową wieloczęstotliwościową o zakresie pracy od 3 do 12 MHz, szerokości obrazowania 39 mm i ilości kryształów 320 |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie strain dla lewej komory, prawej komory oraz lewego przedsionka |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę przezprzełykową o zakresie częstotliwości min 3,0 – 7.0 MHz |
|  | **Informacje dodatkowe** |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowy, po instalacji gotowy do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem |
|  | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące** |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji) |
|  | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca przekaże Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, paszport techniczny, kartę gwarancyjną oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów |
|  | Szkolenie w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu w miejscu instalacji |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. |

C. Oświadczam, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie
właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

D. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B
i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

|  |  |
| --- | --- |
| …….............…………….., dnia ...............r | ……………………………………………… *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania**Wykonawcy uwierzytelniającego oświadczenie kwalifikowanym**podpisem elektronicznym* |
|  |  |