**Załącznik nr 1 do SWZ – 5/P/MCM/2021**

**Nawiązując do ogłoszonego postępowania w trybie podstawowym na dostawę mammografu dla Mościckiego Centrum Medycznego w Tarnowie Sp. z o.o., w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej pn „ Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy” na lata 2021-2022- nr postępowania 5/P/MCM/2021 ,**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez (nazwa i siedziba, adres, Wykonawcy/ów)

1. .................................................................................................................................................
2. .................................................................................................................................................

Adres: ...........................................................................................................................................

REGON ......................................................... Nr NIP .................................................................

nr konta bankowego: …………………………………………………………………………..

numer telefonu: ...........................................................................................................................

e-mail: .........................................................................................................................................

1.Oferujemy wykonanie dostawy objętej zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia za cenę :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nazwa przedmiotu zamówienia | Jed. miary | Iloś ć | Cena jednostko wanetto | Cena jednostko wabrutto | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| I | Mammograf………………………………………………… | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| II | Dostawa, montaż uruchomienieszkolenie, utylizacja starego mammografu,rozruch | komplet | 1 |  |  |  |  |  |
|  | ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIANETTO - .............................. PLN , BRUTTO PLN,Słownie - wartość netto ..................................................................................................................Słownie – wartość brutto .................................................................................................................P**odana cena zawiera wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy,****Oferujemy …… miesiące gwarancji na oferowany sprzęt. (Oferta gwarancyjna jest integralną częścią formularza ofertowego)****Oferujemy sprzęt o cechach wskazanych w zał. nr 2 do SWZ, który przedkładamy wraz z ofertą, jako jej integralną część.**  |

**2.1** Oświadczamy, że dostawy, stanowiące przedmiot zamówienia wykonywać będziemy w okresie zgodnie ze SWZ,

**Termin płatności wynosi: do 30 dni od daty wpływu do zamawiającego prawidłowej faktury VAT**(Podstawą do wystawiania faktury VAT jest podpisany protokół odbioru końcowy wykonania robót i dokonania dostawy, instalacji i uruchomienia sprzętu medycznego przez Zamawiającego) **Udzielamy następujących gwarancji:**

- na dostarczone, i uruchomiony sprzęt: **(min. 36) miesięcy**, licząc od podpisania nie za-

wierającego zastrzeżeń protokołów odbioru sprzętu bez zastrzeżeń;

**Szczegółowe zaoferowane warunki gwarancji dla oferowanych sprzętu medycznego zawiera oświadczenie zawarte w załączniku nr 1 do SWZ '' warunki gwarancji''**

**Termin wykonania:** do 30 dni licząc od daty udzielenia zamówienia–zawarcia umowy

**Miejscem realizacji dostawy jest MCM Sp. z o.o. W Tarnowie, ul. Kwiatkowskiego 15.**

1. **Oświadczamy, że dostawę/ usługę będącą przedmiotem zamówienia wykonamy sami/z udziałem podwykonawców\*( jeżeli z udziałem podwykonawców- należy wykazać poprzez złożenie wraz z ofertą stosownego oświadczenia wykazującego części zamówienia, które wykonawca zamierza powierzyć podwykonawcom)**
2. **Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami niniejszej Specyfikacji i uzyskaliśmy wszystkie informacje niezbędne do oszacowania ryzyka, przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia, oraz z wzorem umowy, nie wnosimy do nich zastrzeżeń i wyrażamy gotowość zawarcia umowy, uwzględniającej warunki zamawiającego oraz warunki przedstawione w ofercie.**
3. **Oświadczamy że wybór naszej oferty nie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego po stronie Zamawiającego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, który miałby obowiązek rozliczyć.** */jeżeli prowadzi należy przekreślić i złożyć odp. Informację/.*
4. **Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera/ nie zawiera \* informacji stanowiącej tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.**
5. **Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert).**
6. Zaoferowane wyroby muszą być dopuszczone do obrotu i stosowania zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Oświadczamy, że zaoferowany sprzęt medyczny jest:

1. fabrycznie nowy - rok produkcji 2021
2. wolny od wad fizycznych i prawnych.
3. dopuszczony do obrotu i używania w Polsce
4. dopuszczony do obrotu i stosowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, posiadający właściwe certyfikaty zgodnie z wymaganiami UE
5. odpowiednio oznakowany i posiada wymagane prawem certyfikaty bezpieczeństwa
6. posiada dokumentację techniczną w języku polskim, m in: instrukcje, opisy techniczne, itp.



*Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Dane Wykonawcy: Nazwa:......................................................................................................................................

Adres: .......................................................................................................................................

Województwo ...................................................................powiat..................................................

Kod:......................................Tel./fax: .....................................................................

REGON: .........................................................NIP………………………………..

NR KRS/ EDG......................................................prowadzony przez

Imię i Nazwisko osoby upoważnionej do podpisania umowy ................................................

Numer rachunku bankowego do umowy :

..................................................................................................................................................

Rodzaj Wykonawcy składającego ofertę1:

|  |
| --- |
| mikroprzedsiębiorstwo\* |
| małe przedsiębiorstwo\* |
| średnie przedsiębiorstwo\* |
| jednoosobowa działalność gospodarcza |
| osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej |
| inny rodzaj. |

......................., dn. ...............................

*(podpis osoby – osób uprawnionych do składania oświadczeń woli*

1 Właściwe zakreślić np. poprzez „wstawienie” we właściwe pole „symbolu”  lub litery x.

2\* W rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców ( (t. j. Dz. U. 2019 poz. 1292 z późn. zm.)

**1/P/MCM/2021-Formularz ofertowy WARUNKI GWARANCJI - sprzętu medycznego NAZWA …..................................................................................**

**TYP/ MODEL.....................................NR KATALOGOWY.............................**

**ROK PRODUKCJI.............................KRAJ PRODUKCJI..............................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp | opis | Warunki gwarancji |
| 1 | Czas pełnej gwarancji na cały sprzęt w miesiącach | Na sprzęt ….. miesięcy ( min. 36 miesiące) od dnia podpisania protokołu końcowego odbioru |
| 2 | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki | …………………..godz. (max 24 godziny) *z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy* |
| 3 | Instalacja urządzenia w miejscu wskazanym przez Zamawiającego | TAK |
| 4 | Każda naprawa gwarancyjnej powoduje przedłużenie gwarancji o czas naprawyKoszt transportu uszkodzonego elementu urządzenia lub urządzenia podlegającego naprawie lub wymianie do i z punktu serwisowego pokrywa Wykonawca | TAK |
| 5 | W przypadku awarii i naprawy trwającej dłużej niż 5 dni w okresiegwarancyjnym, dostawa sprzętu zastępczego o takich samych lub lepszych parametrach i funkcjonalności (na żądanie zamawiającego) | TAK |
| 6 | Trzy naprawy tego samego elementu powodują wymianę elementu na nowy | TAK |
| 7 | Przyczyny utraty prawa do gwarancji |  |
| 8 | Liczba punktów serwisowych na terenie Polski mających autoryzacje producenta ( adres najbliższego serwisu) |  |
| 9 | Numer telefonu, faksu, e-mail na które mają być zgłaszane awarie |  |
| 10 | Wymagane przeglądy techniczne i naprawy gwarancyjne odbywają się na koszt wykonawcyGwarantujemy bezpłatny serwis gwarancyjny oraz przeglądy zgodnie z zaleceniami producenta sprzętu przez okres trwania umowy | TAKpodać ilość przeglądów…............. w okresie gwarancji |
| 11 | Jeżeli w okresie gwarancji ujawnią się wady fizyczne urządzenia -przedmiotu zamówienia uniemożliwiające poprawne użytkowanie, po max 6 naprawach istotnych elementów tego urządzenia- przedmiotuzamówienia Zamawiający może żądać wymiany urządzenia - przedmiotu zamówienia na nowy | TAK |
| 12 | Bezpłatne szkolenie pracownika serwisu MCM w Tanowie z zakresuobsługi technicznej i bieżącej konserwacji urządzenia poświadczone certyfikatem |  |
| 13 | Przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia (w miejscu instalacji aparatu) | TAK |
| 14 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów | min. 6 mięsięcy |

…........................................

*(podpis osoby – osób uprawnionych do składania oświadczeń woli)*

**Załącznik nr 2 do SWZ 5/P/MCM/2021**

**Dostawa mammografu dla Mościckiego Centrum Medycznego w Tarnowie Sp. z o.o., w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej pn „ Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – mammografy” na lata 2021-2022- nr postępowania 5/P/MCM/2021**

Formularz ofertowy 5/P/MCM/2021

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | PARAMETRY TECHNICZNE | WARTOŚĆ WYMAGANA | OFEROWANA WARTOŚĆ | PUNKTACJA |
| PARAMETRY OGÓLNE |
|  | Aparat cyfrowy, fabrycznie nowy, nieużywany, nierekondycjonowany (nie dopuszcza się mammografów ucyfrowionych detektorami), aparat mammograficzny z bezpośrednią rejestracją obrazu. Rok produkcji 2021 | Wymagane |  |  |
|  | Producent / nazwa aparatu | Podać |  |  |
|  | Deklaracja zgodności CE dla całego oferowanego aparatu (nie dla części składowych) | Wymagane |  |  |
|  | Gwarancja na wszystkie elementy zestawu minimum 3 lata  | Wymagane/opcja punktowana |  | 36 miesięcy – 0 pkt48 miesięcy –10 pkt 60 miesięcy – 20 pkt |
| 1. **MAMMOGRAF CYFROWY**
 |
| GENERATOR WYSOKIEGO NAPIĘCIA |
|  | Generator wysokoczęstotliwościowy | Wymagane |  |  |
|  | Generator zintegrowany w aparacie | Opcjonalne |  | TAK – 2 pkt NIE – 0 pkt  |
|  | Moc wyjściowa generatora min. 5 kW | Wymagane |  |  |
|  | Zakres wysokiego napięcia min. 23-35 kV (dopuszcza się zakres szerszy, w którym musi mieścić się zakres 23-35kV)  | Wymagane |  |  |
|  | Dokładność regulacji napięcia, skok max. co 1 kV | Wymagane |  |  |
|  | Maksymalna wartość ekspozycji (obciążenia prądowo-czasowego) – min. 500 mAs | Wymagane |  |  |
|  | Automatyczna kompensacja zmian napięcia +/- 10% | Wymagane |  |  |
|  | Cyfrowe wyświetlanie parametrów ekspozycji, tj. kV, mAs, oraz siły ucisku i grubości piersi | Wymagane |  |  |
|  | Zasilanie jednofazowe 230V  | Wymagane |  |  |
| LAMPA RTG |
|  | Anoda wirująca wysokoobrotowa  | Wymagane |  |  |
|  | Prędkość wirowania anody minimum 5500 obr/min  | Wymagane |  |  |
|  | Pojemność cieplna anody - minimum 300 kHU |  Wymagane |  |  |
|  | Ciągłe mikroprocesorowe monitorowanie wykorzystania pojemności cieplnej anody lampy rtg dla jej zabezpieczenia przed przegrzaniem | Wymagane |  |  |
|  | Wielkość nominalna małego ogniska mierzona zgodnie z IEC 60 336 maksymalnie 0,15 mm  | Wymagane |  |  |
|  | Wielkość nominalna dużego ogniska mierzona zgodnie z IEC 60 336 maksymalnie 0,3 mm | Wymagane |  |  |
|  | Filtry kształtujące charakterystykę promieniowania, min. 2 dodatkowe – podać materiał każdego filtra | Wymagane |  |  |
|  | Automatyka doboru filtrów  | Wymagane |  |  |
|  | Wyświetlanie informacji o zastosowanym filtrze | Wymagane |  |  |
|  | Automatyczna lub manualna kolimacja wiązki promieniowania | Wymagane |  |  |
|  | Świetlna symulacja pola napromieniowania LED automatyczna i odpowiednia do formatu projekcji | Wymagane |  |  |
| AUTOMATYKA EKSPOZYCJI RTG I SYSTEM UCISKOWY |
|  | Automatyka kontroli ekspozycji AEC | Wymagane |  |  |
|  | Automatyka AEC bazująca na pomiarach detektora | Wymagane |  |  |
|  | Inteligentny system AEC eliminujący pomiar z obszarów pomiarowych jeśli są one naświetlane bezpośrednim promieniem rtg lub nie dociera do nich żadne promieniowanie rtg | Opcjonalne |  | TAK – 2 pktNIE – 0 pkt  |
|  | Wstępny dobór kV ekspozycji na podstawie siły i grubości uciśniętej piersi | Wymagane |  |  |
|  | Automatyczny dobór kV ekspozycji do gęstości uciśniętej piersi podczas ekspozycji wstępnej | Wymagane |  |  |
|  | Automatyczna lub ręczna kontrola kompresji | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość ustawienia przez personel granicznej siły do automatycznego zatrzymania kompresji  | Opcjonalne |  | TAK – 2 pktNIE – 0 pkt |
|  | Ruch kompresji realizowany w dwóch prędkościach – inna prędkość przed uciskiem i inna w trakcie ucisku piersi | Wymagane |  |  |
|  | Automatyczna dekompresja po ekspozycji z możliwością wyłączenia tej funkcji | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość dekompresji pacjentki w przypadku awarii systemu | Wymagane |  |  |
|  | Automatyczny zmotoryzowany obrót ramienia do zaprogramowanych projekcji kątowych po naciśnięciu jednego przycisku | Opcjonalne |  | TAK – 2 pkt NIE – 0 pkt |
| STATYW MAMMOGRAFICZNY |
|  | Statyw wolnostojący  | Wymagane |  |  |
|  | Głowica o izocentrycznym ruchu obrotowym | Wymagane |  |  |
|  | Źródło promieniowania RTG i stolik z panelem detektora cyfrowego zamontowane na przeciwległych krańcach ramienia „C” | Wymagane |  |  |
|  | Zakres ruchu górnej powierzchni stolika liczony od podłogi (lampa u góry) minimum 85 – 135 cm (dopuszcza się zakres szerszy, w którym musi mieścić zakres 85 – 135 cm) | Wymagane |  |  |
|  | Zakres obrotu głowicy minimum 315° | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość ustawienia głowicy w pozycji -180° (detektor na górze, lampa na dole) | Wymagane |  |  |
|  | Odległość ognisko - detektor obrazu (SID) minimum 65 cm | Wymagane |  |  |
|  | Zestaw do zdjęć powiększonych o współczynniku powiększenia min. 1,5x  | Wymagane/opcja punktowana |  | 1,5x – 0 pktPowyżej 1,5x – 2 pkt |
|  | Sterowanie ruchem płytki dociskowej góra/dół oraz ruchu głowicy góra/dół przy pomocy przycisków ręcznych lub nożnych (dwa zestawy przycisków nożnych po lewej i prawej stronie aparatu) . | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość dodatkowej regulacji płytki dociskowej za pomocą pokrętła | Opcjonalne |  | TAK – 1 pkt NIE – 0 pkt |
|  | Osłona twarzy pacjentki i uchwyty | Wymagane |  |  |
|  | Komplet płytek do kompresji dla wszystkich formatów ekspozycji  | Wymagane |  |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie wielkości zainstalowanej płytki dociskowej i automatyczne dopasowywanie kolimacji do tej wielkości (autodetekcja) | Wymagane |  |  |
|  | Automatyczne odchylanie/ odsuwanie ramienia „C” w stosunku do panelu z detektorem dla wygodnego dostępu do pozycjonowanej pacjentki | Opcjonalne |  | TAK – 2 pktNIE – 0 pkt |
| DETEKTOR CYFROWY |
|  | Detektor cyfrowy oparty na amorficznym półprzewodniku o wymiarach min. 23 cm x 29 cm, zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych z dnia 6 listopada 2013 r. (t.j. z 29 grudnia 2017, Dz.U z 2018 r. poz. 188 ze zm.) – min. dwa formaty obrazu. | Wymagane |  |  |
|  | Czas pomiędzy ekspozycjami diagnostycznymi max. 30 s | Wymagane/opcjapunktowana |  | ≤25 s – 2 pkt. >25 s– 0 pkt. |
|  | Rozmiar piksela maksymalnie 100 μm | Wymagane/opcja punktowana |  | Większy niż 85 μm – 0 pktMniejszy lub równy 85 μm – 2 pkt |
|  | Kratka przeciwrozproszeniowa zapewniająca redukcję promieniowania rozproszonego | Wymagane |  |  |
| KONSOLA TECHNIKA - STACJA AKWIZYCYJNA |
|  | Przezierna przesłona stanowiska operatora z materiału o ekwiwalencie co najmniej 0,5 mm Pb | Wymagane |  |  |
|  | Monitor, komputer, klawiatura obsługowa, mysz, pulpit ekspozycji (stanowisko - konsola technika) | Wymagane |  |  |
|  | UPS dedykowany do podtrzymania zasilania stacji technika, zabezpieczający przed zniszczeniem systemu plików | Wymagane |  |  |
|  | Monitor obsługowy dla technika - LCD min. 17’’ Matryca min 1280x1014 pix.  | Wymagane/Opcja punktowana  |  | 17” – 0 pkt >17” – 2 pkt |
|  | Pamięć operacyjna minimum 16 GB  | Wymagane |  |  |
|  | Wbudowane oprogramowanie do kontroli jakości | Wymagane |  |  |
|  | Nagrywarka umożliwiająca zapis obrazów na CD i / lub DVD w formacie DICOM  | Wymagane |  |  |
|  | Wyświetlanie zdjęcia podglądowego każdorazowo po wykonaniu projekcji mammograficznej z możliwością akceptacji bądź odrzucenia. | Wymagane |  |  |
|  | Interfejs sieciowyminimum DITCOM 3.0 z funkcjonalnościami : - DICOM Send - DICOM Storage Commitment, - DICOM Basic Print - DICOM Query/Retrive - DICOM Worklist | Wymagane |  |  |
|  | Wysyłanie obrazów do systemu PACS w standardzie DICOM | Wymagane |  |  |
|  | Wysyłane obrazy kompatybilne z oferowaną stacją opisową | Wymagane |  |  |
|  | Minimalne funkcje:- powiększenie- pomiary długości- dodawanie tekstu do obrazu | Wymagane |  |  |
|  | Funkcje:- pomiar gęstości - pomiar średniej wartości pixela i odchylenia standardowego w obrszarze ROI o dowolnych wymiarach | Opcjonalnie |  | TAK – 1 pktNIE – 0 pkt |
|  |  Pobranie danych demograficznych pacjenta z systemu HIS/RIS, oraz możliwość manualnego wprowadzenia tych danych | Wymagane |  |  |
|  | Logowanie do systemu za pomocą hasła lub karty | Wymagane |  |  |
|  | Zestaw fantomów i przyrządów do wykonywania testów podstawowych w mammografii cyfrowej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej w wersji obowiązującej na dzień składania ofert.  | Wymagane |   |  |
|  STANOWISKO OBRAZOWO - OPISOWE DLA RADIOLOGA |
|  | Producent (podać) |  |  |  |
|  | Nazwa i typ (podać) |  |  |  |
|  | Komputer o parametrach minimalnych:- procesor min. 8 rdzeniowy 16 wątkowy, 3,6GHz z wbudowanym kontrolerem pamięci DDR4- Pamięć RAM DDR4 min.16 GB 2933 MHz z możliwością rozbudowy do min. 128 GB- dysk twardy Min. 2 x 256GB SSD RAID 1, 4x port SATA 6Gb/s- zatoki wewnętrzne: 3x3,5” - karta graficzna do obsługi monitorów diagnostycznych i monitora przeglądowego- system operacyjny min. Windows 10 Professional 64bit PL lub równoważny nie wymagający aktywacji za pomocą telefonu lub Internetu- zasilacz min. 300W o sprawności minimum 85%- klawiatura pełnowymiarowa- mysz optyczna lub laserowa- drukarka laserowa A4 do wydruku opisów badań |  |  |  |
|  | 2 monochromatyczne monitory diagnostyczne (fabrycznie parowane), z możliwością wyświetlania obrazu w pionie o parametrach minimalnych: - podświetlenie LED- przekątna min. 21,3 cala (54,1 cm)- wielkość plamki 0,165 mm- Rozdzielczość natywna: min. 2560x2048- Monitor umożliwiający sprzętową (hardware) kalibrację do DICOM part 14,- Wbudowany kalibrator nie ograniczający pola widzenia na monitorze podczas normalnej pracy diagnostycznej.- Kontrast: min. 700:1- Jasność minimalna 500cd/m2 z układem stabilizacji jasności monitora | Wymagane |  |  |
|  | Monitor przeglądowy o parametrach minimalnych:- przekątna ekranu min. 21,5”- panel IPS z podświetleniem LED- rozdzielczość natywna 1920 x 1080 przy 60Hz- jasność 250 cd/m2- kontrast panelu 100:1- podłączenie z oferowanym komputerem | Wymagane |  |  |
|  | Monitory diagnostyczne i monitor przeglądowy podłączone do jednego komputera i obsługiwane za pomocą jednej klawiatury i myszy. | Wymagane |  |  |
|  | Wyszukiwanie badań pacjentów wg. nazwiska, daty urodzenia, numeru PESEL, daty badania | Wymagane |  |  |
|  | Konfiguracja indywidualnych filtrów wyszukiwania dla różnych użytkowników (np. rodzaj badania, oddział) | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość definiowania dodatkowych filtrów wyszukiwania badań pacjenta | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość edycji/dodania dodatkowych kolumn w liście badań.  | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość sortowania listy badań (min. po nazwisku, dacie urodzenia, dacie badania, typu badania) wraz z kolejnością sortowania (hierarchizacja wyszukiwania) | Wymagane |  |  |
|  | Funkcja (przycisk) wyszukująca wszystkie badania tego zaznaczonego pacjenta | Wymagane |  |  |
|  | Bezterminowa licencja na użytkowanie oprogramowania stacji diagnostycznej | Wymagane |  |  |
|  | Indywidualna konfiguracja paska narzędzi dla każdego użytkownika | Wymagane |  |  |
|  | Dostęp do systemu stacji tylko po uprzednim zalogowaniu się | Wymagane |  |  |
|  | Równoczesna obsługa 2 monitorów medycznych z wyświetlaniem obrazów w dowolnym podziale ekranu na każdym monitorze diagnostycznym | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość wywołania zewnętrznej aplikacji z przekazaniem danych pacjenta i obrazów | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość jednoczesnego wyświetlenia badań pochodzących od różnych pacjentów na ekranie. W przypadku takiego wyświetlenia badania konieczna informacja (w postaci ikony) że wyświetlane zdjęcia pochodzą od innych pacjentów.  | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość zmiany okna w czasie rzeczywistym (DICOM Window/Level) wraz z suwakami zmian | Wymagane |  |  |
|  | Filtracja krawędzi minimum: - wyostrzanie – z określeniem promienia i stopnia wyostrzenia- wygładzanie | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość powiększania obrazu:- piksel obrazu na piksel ekranu (1:1), - dopasowanie do rozmiarów ekranu, - powiększenie dowolne (bezstopniowe),- lupa ekranowa z regulacją wielkości okna lupy | Wymagane |  |  |
|  | Funkcja zmiany obrazu- obracania obrazu o kąt 90 stopni w lewo i prawo- obracanie obrazu o dowolny kąt, - odbicie obrazu wzdłuż osi pionowej i poziomej,- inwersji skali szarości obrazu, | Wymagane |  |  |
|  | Otwieranie badań CR/DR/US/MG//XA/XC i wyświetlanie ich na monitorach diagnostycznych | Wymagane |  |  |
|  | Powiększenie regionu obrazu o dowolnych rozmiarach (poprzez zaznaczenie ROI – ang. *a region of interest*, region zainteresowania) do rozmiarów ekranu | Wymagane |  |  |
|  | Wprowadzenie przysłony o kształcie prostokątnym, kołowym i wielokąta (poligonu) | Wymagane |  |  |
|  | Obsługa Hanging Porotcols | Wymagane |  |  |
|  | Płynna zmiana okna diagnostycznego - wielkość i podział/układ okien. Zapis zmiany okna jako nowy układ wraz z odpowiednia ikoną obrazującą układ dla każdego użytkownika osobno. | Wymagane |  |  |
|  | Funkcja filmu (odtwarzacz):- odtwarzanie w przód i w tył,- zmiana prędkości odtwarzania (suwak i przyciski do zmian prędkości) i przywrócenie do ustawień pierwotnych,- synchronizacja prędkości odtwarzania we wszystkich odtwarzanych zdjęciach wieloklatkowych - film w pętli,- automatyczne odtworzenie następnego zdjęcia wieloklatkowego po zakończeniu obecnego- synchroniczne odtwarzanie powiązanych i wszystkich serii w jednym czasie,- ograniczenie odtwarzania do wybranych klatek (od-do),- przechodzenie między klatkami w zdjęciach wieloklatkowych. | Wymagane |  |  |
|  | Funkcja pokazania histogramu badania w każdym module | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość automatycznego modyfikowania nagłówków DICOM w przychodzących plikach | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość przechowywanie/odbierania/wysyłania plików video z dźwiękiem w bazie danych. | Wymagane |  |  |
|  | Obsługa modalności XC – przechowywanie w postaci DICOM i wyświetlanie  | Wymagane |  |  |
|  | Graficzny panel administracyjny z wymaganym logowaniem | Wymagane |  |  |
|  | Menadżer użytkowników podzielony na co najmniej: Użytkownicy, Grupy i Profile | Wymagane |  |  |
|  | Edycja czasu auto blokowania i auto wylogowania dla użytkowników. Definiowany w minutach | Wymagane |  |  |
|  | Definiowanie użytkowników i grup użytkowników, z określaniem praw dostępu do:– oglądania badań,– wykonywania i oglądania opisów,– możliwości nagrywania płyt, z badaniami pacjentów,– możliwości drukowania obrazów,– możliwości edycji danych pacjentów,możliwości kasowania badań | Wymagane |  |  |
|  | Centralne przechowywanie ustawień profili użytkowników – wygląd aplikacji, ustawienia narzędzi | Wymagane |  |  |
|  | Edycja danych (overlay) wyświetlanych na zdjęciach diagnostycznych zarówno dla wszystkich modalności na raz jak i dla poszczególnych, zapisywane dla każdego profilu/użytkownika jak i grupy użytkowników osobno. |  |  |  |
|  | Nanoszenie tekstu na obraz wraz z:- edycją koloru, - ułożeniem – lewo, środek, prawo- przypięciem do miejsca na obrazie lub ekranie z możliwością zaznaczenia punktu zaczepienia | Wymagane |  |  |
|  | Narzędzia pomiarowe: - odległość dwóch punktów, - odległość dwóch linii równoległych,- odległość punktu od linii,- pomiar długości polilinii,- pomiar średnicy,- kąt,- kąt otwarty – pomiar kąta między dwoma liniami które się nie przecinają,- podwójnego kąta otwartego,- pole powierzchni,- stosunek długości dwóch linii,- narzędzie do pomiarów miednicy,- pomiar skoliozy metodą Cobba- pomiar odległości Charriere- metodą czteropunktową (VCM)- pomiar statystyczny w postaci prostokąta, koła i wielokąta (wartość średnia, minimalna i maksymalna, odchylenie standardowe, pole powierzchni mierzona w mm2 i wymiar pola w pikselach) – pomiary w wartości piksela i jednostkach Hounsfielda- pokaż/ukryj pomiary- zmiana koloru znaczników pomiarowych – każdy znacznik może być w innym kolorze. | Wymagane |  |  |
|  | Funkcje adnotacji:- zmiana koloru adnotacji- wypełnienie zamkniętych kształtów- wycięcie, kopiowanie, usuwanie, - ustawienie pod lub nad inną adnotacją | Wymagane |  |  |
|  | Funkcja powrót obrazu do ustawień domyślnych z możliwością usunięcie pojedynczo:- adnotacji,- filtru obrazu,- przysłony,- palety pseudokolorów, | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość dodawania komentarzy do obrazu | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość kalibracji liniowej | Wymagane |  |  |
|  | Interfejs użytkownika w języku polskim wraz z polską pomocą kontekstową | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość tworzenia, archiwizowania i drukowania opisów badań | Wymagane |  |  |
|  | System przystosowany do współpracy z duplikatorem nagrywającym płyty CD/DVD pacjenta, na poziomie umożliwiającym nagranie płyty z badaniami pacjenta oraz wykonanie nadruku informacyjnego | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość współpracy z duplikatorami płyt | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość wysyłania badań do systemów PACS znajdujących się w innych placówkach  | Wymagane |  |  |
|  | Próbkowanie sektorowe z reprezentacją 1:1 dla badań mammograficznych  | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość wyświetlenia zdjęcia z dowolnej modalności (US/CR/DR itp.) na monitorach mammograficznych w tym samym oknie co zdjęcia mammograficzne | Wymagane |  |  |
|  | Funkcja automatycznego tworzenia prostokątnej przysłony – usuwanie znaczników tworzonych przy wykonaniu projekcji ze zdjęcia | Wymagane |  |  |
|  | Funkcja automatycznego wyznaczania linii pomocniczych na innych projekcjach względem zaznaczonego obszaru | Wymagane |  |  |
|  | Obsługa znaczników CAD i wyświetlanie ich na obrazach diagnostycznych | Wymagane |  |  |
|  | Funkcja automatycznego wykrywania i oznaczania brodawki sutkowej. | Wymagane |  |  |
|  | Funkcja automatycznego wyznaczania odległości zaznaczonej zmiany od brodawki sutkowej. | Wymagane |  |  |
|  | Funkcja automatycznego wyświetlanie badania bieżącego i poprzedniego (current and prior) danego pacjenta do porównania (jeśli poprzednie badanie znajduje się na stacji) | Wymagane |  |  |
|  | Możliwość wyboru ile badań wstecznych (prior) ma się ładować z badaniem obecnym (current) | Wymagane |  |  |
|  | Funkcja automatycznego wykrywania obrysu piersi i automatyczne blendowanie obszaru piersi | Wymagane |  |  |
|  | Funkcja automatycznego wyrównywania wysokości obrazu w jednoczesnych wizualizacjach piersi lewej i prawej | Wymagane |  |  |
|  | Mammografia: Filtr CLACHE | Wymagane |  |  |
|  | Obsługa HangingProtocols z wsparciem dla workflow przy ocenie badań w mammografii  | Wymagane |  |  |
| 1. **DOSTAWA, INSTALACJA, SERWISOWANIE, SZKOLENIE PERSONELU ORAZ WYPOSAŻENIE DODATKOWE**
 |
|  | Dostawa do siedziby zamawiającego.  | Wymagane |  |  |
|  | Instalacja:- montaż i podłączenie do istniejącej infrastruktury PACS Zamawiającego (uzyskanie pełnej funkcjonalności)- uruchomienie i konfiguracja urządzeń (uzyskanie pełnej funkcjonalności) | Wymagane |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim (w rozporządzeniu) dostarczone przy dostawie | Wymagane |  |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie obsługi aparatu  | Wymagane |  |  |
|  | Demontaż, utylizacja i odbiór starego sprzętu dostarczenie dokumentów potwierdzających wykonanie utylizacji | Wymagane |  |  |
|  | Wykonanie projektu osłon stałych, testów akceptacyjnych i specjalistycznych oferowanych urządzeń. | Wymagane |  |  |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji) | Wymagane |  |  |

…........................................

*(podpis osoby – osób uprawnionych do składania oświadczeń woli)*