**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 wa  netto | Cena jednostko wa  brutto | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto |
| I | Mammograf  ………………………………………………… | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| II | Dostawa, montaż uruchomienie  szkolenie, utylizacja starego mammografu,rozruch | komplet | 1 |  |  |  |  |  |
|  | ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA  NETTO - .............................. 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 naprawy  Koszt 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 okresie  gwarancyjnym, 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 wykonawcy  Gwarantujemy bezpłatny serwis gwarancyjny oraz przeglądy zgodnie z zaleceniami producenta sprzętu przez okres trwania umowy | TAK  podać 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- przedmiotu  zamówienia Zamawiający może żądać wymiany urządzenia - przedmiotu zamówienia na nowy | TAK |
| 12 | Bezpłatne szkolenie pracownika serwisu MCM w Tanowie z zakresu  obsługi 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 pkt  48 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 pkt  NIE – 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 pkt  NIE – 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 pkt  Powyżej 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 pkt  NIE – 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/opcja  punktowana |  | | | ≤25 s – 2 pkt.  >25 s– 0 pkt. |
|  | | Rozmiar piksela maksymalnie 100 μm | | Wymagane/opcja punktowana |  | | | Większy niż 85 μm – 0 pkt  Mniejszy 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 pkt  NIE – 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)*