|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres WykonawcyZMIANAPakiet nr 8 Mobilne USG

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tabela A- Cena sprzętu** |  |  |  |  |
| **lp** | **Sprzęt** | **Ilość**  | **J.m** | **Cena netto** | **Wartość netto** | **Stawka Vat %** | **Wartość brutto** |
| 1 | Mobilne USG | 1 | **Szt** |  |  |  |  |
| **RAZEM ( wartość należy przenieść do formularza ofertowego)** |  |  |  |

Tabela B: Parametry wymagane dla mobilnego USG |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETRY URZĄDZENIA** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **PARAMETR****OFEROWANY** |
| 1 | Najnowszej generacji, mobilny aparat echokardiograficzny, fabrycznie nowy, rok produkcji 2023 | Tak – podać rok produkcji min. 2023, nazwę handlową ,model oraz producenta |  |
| 2 | Masa całkowita aparatu max. 65 kg | TAK |  |
| 3 | Technologia całkowicie cyfrowa łącznie z układem formowania i przetwarzania wiązki ultradźwiękowej | TAK |  |
| 4 | Zasilanie sieciowe 220 V / 50 Hz | TAK |  |
| 5 | Ilość niezależnych kanałów przetwarzania min. 900 000 | TAK |  |
| 6 | Dynamika aparatu (systemu) min. 400 dB | TAK |  |
| 7 | Zakres częstotliwości pracy aparatu (dla głowic USG możliwych do zastosowania w aparacie) nie mniejszy niż od 1,5 MHz do 12 MHz | TAK |  |
| 8 | Wbudowany moduł ekg i kable ekg | TAK |  |
| 9 | Ilość aktywnych uniwersalnych gniazd dla głowic obrazowych USG - nie mniej niż 3 | TAK |  |
| 10 | Maksymalna głębokość penetracji 2D min. 32 cm. | TAK |  |
| 11 | Monitor LCD min 21” o rozdzielczości minimum 1920x1080. | TAK |  |
| 12 | Regulacja obrotu i pochylenia monitora:do przodu o min 90 stopniido tyłu o min 25 stopnii | TAK |  |
| 13 | Panel dotykowy z interaktywnym menu min. 10” | TAK |  |
| 14 | Dysk twardy HDD min 500 GB | TAK |  |
| 15 | Wymagania dla zapisanych obrazów:- Zmiana map B-mode,- Regulacja wzmocnienia B-mode, Color Doppler i Spektral Doppler,- Przesunięcie linii bazowej dla Color Doppler i Spektral Doppler,- Ustawienie kąta korekcji przepływu dla PWD i CW,- Zmiana rozdzielczości czasowej zapisu Spektral Doppler, | TAK |  |
| 16 | Liczba obrazów w „Cine loop” dla prezentacji 2D min. 10 000 | TAK |  |
| 17 | Wyjście USB do pamięci typu FLASH do nagrywania obrazów | TAK |  |
| 18 | Cyfrowa drukarka termiczna (video – printer) czarno-biała | TAK |  |
| 19 | Moduł do diagnostyki wstępnej z sondą sektorowo – liniową. | TAK |  |
| 20 | Możliwość obrazowania i prezentacji w trybie B-modez min 1000 obrazów/sek w zależności od sondy, ustawień i aplikacji | TAK |  |
| 21 | Powiększenie obrazu rzeczywistego i zatrzymanego min. 8x | TAK |  |
| 22 | Obrazowanie i prezentacja w trybie M-mode | TAK |  |
| 23 | Możliwość obrazowania i prezentacji w trybie spektralnym (PWD) - Doppler Pulsacyjny Spektralny oraz zapis prędkości min do 10 m/sek. | TAK |  |
| 24 | Wielkość bramki Dopplerowskiej w zakresie min. od 1 do 12 mm | TAK |  |
| 25 | Obrazowanie w trybie CWD - Doppler fali ciągłej oraz zapis prędkości min 22 m/sek | TAK |  |
| 26 | Obrazowanie w trybie CD - Doppler kolorowy oraz Power doppler - angio | TAK |  |
| 27 | Max Frame rate dla Dopplera Kolorowego Min 250 obr./sek. | TAK |  |
| 28 | Oprogramowanie do analizy wzdłuznych uszkodzeń mięśnia sercowego wraz z prezentacją wyniku w fromie wykresu “oko byka” | TAK |  |
| 29 | Tryby mieszane: Duplex-Mode ( np.: B/CD, B/PWD )Triplex-Mode ( np.: B/CD/PWD ) | TAK |  |
|  | **SONDY** | TAK |  |
| **30** | **Sonda sektorowa kardiologiczna - matrycowa** | TAK |  |
| 31 | Zakres częstotliwości pracy min. 1,5 MHz do 4,0 MHz | TAK |  |
| 32 | Maksymalny kąt skanowania, minimum: 120 stopni | TAK |  |
| 33 | Liczba fizycznych elementów piezoelektrycznych min 280 | TAK |  |
| 34 | Opcje rozbudowy systemu na dzień składania ofert | TAK |  |
| 35 | Sonda przezprzełykowa o zakresie częstotliwości min 3-8 MHz i kącie skanowania min 90 stopni | TAK |  |
| 36 | Oprogramowanie do wizualizacji w czasie rzeczywistym zmian hemodynamicznych w naczyniach i prezentacja uzyskanych danych w czarno-bialej skali bez uzycia dopplera | TAK |  |
| 37 | Mozliwość zdalnej diagnostyki i napraw, bezpłatna w okresie do 7 lat od daty instalacji, umozliwiająca: zdalna diagnostykę i weryfikację usterek, naprawy oprogramowania i błedów w konfiguracji, zmiane parametrów aplikacyjnych i ustawień aparatu, instalację aktualizacji oprogramowania i sterowników dla peryferiów. | TAK |  |
| **38** | Instalacja i adaptacja, uruchomienie i szkolenie w cenie oferty | TAK |  |
| 39 | Instrukcja obsługi aparatu w języku polskim drukowana 1szt. – dostarczona wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
| 40 | Gwarancja min. 24 miesięcy | TAK, PODAĆ |  |
| 41 | Gwarancja obejmuje bezpłatne naprawy, konserwacje, przeglądy wraz z materiałami i częściami zamiennymi | TAK |  |
| 42 | Bezpłatne, okresowe przeglądy gwarancyjne wg zaleceń producenta | TAK |  |
| 43 | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 72 godz. | TAK, PODAĆ |  |
| 44 | Czas skutecznej naprawy max. 5 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia w przypadku sprowadzenia części zamiennych spoza UE max 7 dni roboczych | TAK, PODAĆ |  |
| 45 | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim | TAK |  |
| 46 | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego | TAK |  |
| 47 | Protokół z przeprowadzonego szkolenia musi zawierać listę imienną przeszkolonych osób potwierdzoną podpisem przez te osoby | TAK |  |
| 48 | Paszport techniczny | TAK |  |
| 49 | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia informacji niezbędnych do wypełnienia paszportu technicznego urządzenia | TAK |  |
| 50 | Po okresie gwarancyjnym Wykonawca zapewnia odpłatny serwis obejmujący naprawy i sprzedaż części zamiennych przez okres min. 7 lat od dnia zakończenia okresu gwarancyjnego | TAK, PODAĆ |  |

**INFORMACJA DLA WYKONAWCY:**

NINIEJSZY ZAŁĄCZNIK WINIEN BYĆ PODPISANY PODPISEM KWALIFIKOWANYM PRZEZ OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTACJI