Załącznik nr 3-2 do SIWZ

**KALKULACJA CENOWA – ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKI GWARANCJI**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa oferowanej aparatury medycznej |  |
| Producent |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Dystrybutor/oferent |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część I – KALKULACJA CENOWA** | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. miary** | **Wartość netto/jedn. m.** | **Ilość** | **Wartość netto** | **Wartość VAT** | | **Wartość brutto** |
| **1** | Cyfrowy rentgenowski aparat śródoperacyjny z możliwością obrazowania 3D (ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii, chirurgii naczyniowej, radiologii interwencyjnej, neurochirurgii) wraz ze stołem operacyjnym z pływającym blatem oraz akcesoriami. | Szt. |  | 1 |  |  | |  |
| **Część II – ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKI GWARANCJI** | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametr oczekiwany** | | **Parametr oferowany** | | | **Zasady dokonywania oceny** | |
|  | **Ramię C:** | | | | | | | |
|  | Moc generatora >= 25 kW (dla 100 kV) zgodnie z normą IEC 60601-2-54. | Tak | | podać wartość | | |  | |
|  | Zakres napięcia 40 – 120 kV. | Tak | | podać wartość | | |  | |
|  | Prąd fluoroskopii ciągłej i impulsowej 1,5 – 250 mA. | Tak | | podać wartość | | |  | |
|  | Prąd radiografii cyfrowej 250 mA. | Tak | | podać wartość | | |  | |
|  | Fluoroskopia impulsowa 1-25 ppm lub zgodnie z wyjaśnieniami 0,5-30 ppm. | Tak | | podać wartość | | |  | |
|  | Szerokość impulsu 4 – 40 ms. | Tak | | podać wartość | | |  | |
|  | Lampa z wirująca anodą, 2 – ogniska: 0,3 mm i 0,5mm lub zgodnie z wyjaśnieniami 0,3 mm i 0,6 mm. | Tak | | podać wartość | | |  | |
|  | Pojemność cieplna anody 350 kHU. | Tak | | podać wartość | | |  | |
|  | Szybkość chłodzenia anody 78kHU/min. lub zgodnie z wyjaśnieniami 91 kHU/min. | Tak | | podać wartość | | |  | |
|  | Pojemność cieplna kołpaka 10 MHU. | Tak | | podać wartość | | |  | |
|  | Szybkość chłodzenia kołpaka 100,8 kHU/min. | Tak | | podać wartość | | |  | |
|  | Filtracja >= 4,3 mm Al wraz z 0,1 mm Cu. | Tak | | podać wartość | | |  | |
|  | Kolimacja: typu „Iris” lub zgodnie z wyjaśnieniami kolimacja koncentryczna z prostokątną przesłoną, asymetryczna kolimacja typu „slot” z możliwością obrotu. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Wirtualna kolimacja widoczna na: ostatnim zatrzymanym obrazie, na podglądzie obrazu. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Płaski detektor w technologii TFT: matryca 1536 x1536 pixeli, wymiarach 30 x 30 cm. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Aktywne pola obrazowania: 29,8 x 29,8 cm, 19,8 x 19,8 cm, 14,9 x 14,9 cm lub zgodnie z wyjaśnieniami 30x30 cm, 20x20 cm, 15x15 cm. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Interface użytkownika poprzez monitor z dotykowym ekranem TFT LCD. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Programowanie orientacji ramienia „C” względem stołu i pacjenta. | Tak | | Podać liczbę pozycji | | | Brak programowania – 0 pkt.  2 pozycje – 5 pkt.  > 2 pozycji – 10 pkt | |
|  | Aparat wyposażony w 2 monitory płaskie 19” o parametrach monitora diagnostycznego lub zgodnie z wyjaśnieniami spełniających wymogi monitora dla stanowiska przeglądowego o minimalnej luminacji 200cd/m2 i minimalnym kontraście 100:1. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Wymiary ramienia „C”: Szerokość >= 75 cm, Długość 190 cm +/- 10%, Wysokość <= 180 cm. | Tak | | podać wartość [cm] | | |  | |
|  | Zmotoryzowane ruchy ramienia „C”: Pionowy >= 40 cm, Poziomy >= 25 cm, Orbitalny >= 160 stopni, Obrotowy wokół osi poziomej >= +/- 210 stopni, Szybkość ruchów liniowych (pionowego i poziomego) >= 25 mm/s, Szybkość ruchów obrotowych (orbitalny i wokół osi poziomej) >= 10 stopni na sekundę, albo zgodnie z wyjaśnieniami  Pionowy >= 45 cm; Szybkość ruchu pionowego 20 mm/s; Poziomy 20cm, manualny; Orbitalny 141 stopni, napęd silnikowy z prędkością 10stopni/s; Obrotowy wokół osi poziomej +/- 220 stopni, napęd silnikowy z prędkością 10 stopni/s. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Systemy antykolizyjne: dotykowy, pojemnościowy. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Pamięć obrazowa w systemie >= 80 000 obrazów. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Archiwizacja obrazów na nośniku USB: w pełnym formacie TIFF, DICOM, w formacie pomniejszonym JPG, DICOM lub zgodnie z wyjaśnieniami DICOM, TIFF, AVI | Tak | | podać | | |  | |
|  | Automatyczne dogrywanie DICOM viewer software dla DVD i USB. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Pakiet naczyniowy subtrakcyjny z akwizycją do 25 obrazów /sek ,DSA substrakcja w czasie rzeczywistym, RSA Roadmapping (uzyskiwanie roadmapy z całej pętli DSA lub z jednej klatki lub z wybranej sekwencji), MSA zapamiętywanie obrazu w chwili maksymalnego wysycenia kontrastem, Pixel Shift, Landmark. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Akwizycja obrazu Cine loop z auto-playback – sekwencyjne zapamiętanie obrazu fluoroskopii pulsacyjnej i odtwarzanie z szybkością 1, 2, 4, 8, 12 oraz 25 obrazów/sek – kontrola start, stop oraz replay wraz z automatycznym zapamiętywaniem lub zgodnie z wyjaśnieniami 0,5, 1, 2, 3, 5, 7,5, 10, 15, 30 obrazów/s. | Tak | | podać | | |  | |
|  | **Stół operacyjny:** | | | | | | | |
|  | Stół operacyjny przystosowany do współpracy z aparatem rentgenowskim ramię „C”, z pływającym blatem. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Stół mobilny, blokowanie jednym przyciskiem | Tak | | podać | | |  | |
|  | Zasilanie elektryczne stołu: 230 VAC, Zasilanie bateryjne DC ze wskaźnikiem na ładowania baterii. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Parametry stołu: Teleskopowa kolumna stołu wykonana ze stali kwasoodpornej, Obciążalność >= 150 kg, Długość >= 200 cm, Napęd elektrohydrauliczny, Blat przezierny, ekwiwalenty współczynnik przezierności <= 0,5 mm Al na długości >= 85% wymiarów geometrycznych. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Funkcje stołu (sterowane z pilota): wysokość, przechył boczny, Trendelenburg >= 20 stopni antyTrendelenburg >= 15 stopni. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Sterowanie pływającym blatem, za pomocą joysticka: ruch wzdłużny >= 80 cm ruch poprzeczny >= 20 cm. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Materac: antystatyczny odporny na powszechnie stosowane środki dezynfekujące, zdejmowalny. | Tak | | podać | | |  | |
|  | **Gwarancja:** | | | | | | | |
|  | Okres gwarancji oraz współpracujących urządzeń [liczba miesięcy].UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. | Min. 12 miesięcy | | podać | | | 12 miesięcy – 0 pkt.  24 miesiące – 10 pkt.  36 miesięcy – 15 pkt.  >36 miesięcy – 25 pkt. | |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych [liczba lat] z wyłączeniem oprogramowania i sprzętu komputerowego. | >= 8 | | podać | | |  | |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych [liczba lat] dla sprzętu komputerowego. | 5 | | podać | | |  | |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień trwającej naprawy. | tak | |  | | |  | |
|  | **Warunki serwisu:** | | | | | | | |
|  | Liczba przeglądów niezbędnych do realizacji w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla potwierdzenia bezpiecznej pracy aparatu. | Tak | | podać | | | 1 przegląd – 5 pkt. ,  2 przeglądy - 1 pkt.,  > 2 przeglądów – 0 pkt. | |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji – bezpłatne. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Czas reakcji w dni robocze od poniedziałku do piątku (dotyczy także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =<24 [godz.]. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Wymiana podzespołu na nowy po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Zakończenie działań serwisowych – najpóźniej w czasie nie dłuższym niż 3 dni robocze od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 7 dni robocze od dnia zgłoszenia awarii. | Tak | | podać | | |  | |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności). | Tak | | podać | | |  | |
|  | W okresie pogwarancyjnym - możliwość korzystania z innego serwisu niż autoryzowany serwis producenta. | Tak/Nie | | Jeżeli tak – podać | | | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. | |
|  | **Szkolenia i inne czynności:** | | | | | | | |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (do 5 osób z możliwością podziału i szkolenia w mniejszych podgrupach) w momencie jego instalacji i odbioru; | Tak | | podać | | |  | |
|  | Szkolenie dla personelu technicznego (min. 2 osoby) z zakresu diagnostyki stanu technicznego i wykonywania czynności konserwacyjnych , naprawczych i przeglądowych; | Tak | | podać | | |  | |
|  | Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy (dotyczy także usług gwarancyjnych) | Tak | | podać | | |  | |
|  | Integracja z serwerem obrazowym PACS – należy uwzględnić wszelkie koszty integracji w tym koszty ewentualnych licencji. | Tak | | podać | | |  | |
|  | **Dokumenty:** | | | | | | | |
|  | Dokumenty wymagane przy dostawie: deklaracja zgodności, certyfikat CE, zgłoszenie wyrobu medycznego jeżeli klasa wyrobu na to wskazuje do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub powiadomienie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o wprowadzeniu wyrobu medycznego do używania (ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.( t.j. Dz. U. 2017, poz.211), | Tak | | podać | | |  | |
|  | W cenie urządzenia znajduje się komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji | Tak | | podać | | |  | |
|  | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie) | Tak | | podać | | |  | |
|  | Wykonawca dostarczy paszport zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują) | Tak | | podać | | |  | |

**UWAGA:**

1. W kolumnie „Parametr oferowany”, proszę podać potwierdzenie spełnienia wymogu lub wartość parametru. W każdym przypadku, odpowiedź musi wskazywać również stronę w dołączonej dokumentacji wyrobu (broszury), na której potwierdzona jest odpowiedź Oferenta z kolumny „Parametr oferowany”. Zamawiający wymaga, by wszystkie wartości parametrów podawane były w jednostkach wskazanych w niniejszej specyfikacji.
2. Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji 2018), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
3. Wszystkie składniki oferty są dopuszczone do obrotu i stosowania zgodnie z obowiązującymi na dzień składania oferty przepisami prawa, a w szczególności z aktualnie obowiązującą ustawą o wyrobach medycznych (dotyczy wyrobów medycznych).
4. Wykonawca składając ofertę, dostarczając urządzenie, przekazując i wystawiając fakturę powinien stosować nazewnictwo wedle nomenklatury Zamawiającego.

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

/miejscowość, data/ /pieczęć i podpis osoby umocowanej/