Załącznik nr 3-7 do SIWZ

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn.**  **miary** | **Wartość netto/jedn. m.** | **Ilość** | **Wartość netto** | **Wartość VAT** | | **Wartość brutto** |
| **1** | Aparat USG przeznaczony jest do wykorzystania w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.. | Szt. |  | 1 |  |  | |  |
| **Część II - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKI GWARANCJI** | | | | | | | | |
| **L.p** | **Opis parametru** | **Parametr oczekiwany** | | | **Parametr oferowany** | | **Zasady dokonywania oceny** | |
|  | **Konstrukcja:** | | | | | | | |
|  | Wysokiej klasy, cyfrowy aparat ultrasonograficzny z kolorowym Dopplerem. | TAK | | |  | |  | |
|  | Aparat fabrycznie nowy. Wymagany rok produkcji: 2018 | TAK | | |  | |  | |
|  | Przetwornik cyfrowy | Min. 12-bit | | | podać wartość | |  | |
|  | Ilość niezależnych aktywnych kanałów przetwarzania | Min. 200 000 | | | podać wartość | |  | |
|  | Ilość aktywnych gniazd głowic obrazowych | Min. 3 | | | podać wartość | |  | |
|  | Dynamika systemu | Min.260 dB | | | podać wartość | |  | |
|  | Monitor LCD o wysokiej rozdzielczości bez przeplotu. | Przekątna ekranu minimum 17” | | | podać wartość | |  | |
|  | Ruchomy pulpit sterowniczy: góra-dół, lewo-prawo | TAK | | | podać wartość | |  | |
|  | Zakres częstotliwości pracy USG | Min. 1 MHz do 20 MHz. | | | podać wartość | |  | |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (tzw. Cineloop) | Min. 21 000 klatek. | | | podać wartość | |  | |
|  | Możliwość uzyskania dynamicznych obrazów po zamrożeniu ze zmianą prędkości odtwarzania (tzw. Cineloop) | TAK | | | podać wartość | |  | |
|  | Pamięć dynamiczna dla trybu M-mode lub D-mode | Min. 30 s | | | podać wartość | |  | |
|  | Głębokość penetracji od czoła głowicy | Min. 0,5 - 40 cm | | | podać wartość | |  | |
|  | Ilość ustawień wstępnych (tzw. Presetów) programowanych przez użytkownika | Min. 40 | | | podać wartość | |  | |
|  | **Obrazowanie i prezentacja obrazu:** | | | | | | | |
|  | Kombinacje prezentowanych jednocześnie obrazów. Min.   * B, * B + B * M * B + M * D * B + D * B + C (Color Doppler) * B + PD (Power Doppler) * B + Color + M | Tak | | | podać | |  | |
|  | FRAME RATE dla trybu B | Min. 1100 obrazów/s | | | podać wartość | |  | |
|  | FRAME RATE dla trybu B + kolor | Min. 320 obrazów/s | | | podać wartość | |  | |
|  | Zaawansowane obrazowanie harmoniczne. Minimum dwie różne techniki obrazowania | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Pulsacyjny  (PWD, HPRF PWD) | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Zakres prędkości Dopplera pulsacyjnego (PWD)  (przy zerowym kącie bramki) | Min.: +/- 7,0 m/s | | | podać wartość | |  | |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Pulsacyjnego | Min.0,5 do 30 kHz | | | podać wartość | |  | |
|  | Obrazowanie w trybie Spektralny Doppler Ciągły (CWD) | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Zakres prędkości Dopplera Ciągłego (CWD) (przy zerowym kącie bramki) | Min.: +/- 15,5 m/s | | | podać wartość | |  | |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Ciągłego | Min.0,5 do 30 kHz | | | podać wartość | |  | |
|  | Obrazowanie w trybie Doppler Kolorowy (CD) | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Zakres prędkości Dopplera Kolorowego (CD) | Min.: +/- 4,0 m/s | | | podać wartość | |  | |
|  | Zakres częstotliwość PRF dla Dopplera Kolorowego | Min. 0,1 do 18 kHz | | | podać wartość | |  | |
|  | Obrazowanie w rozszerzonym trybie Color Doppler o bardzo wysokiej czułości i rozdzielczości z możliwością wizualizacji bardzo wolnych przepływów w małych naczyniach | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Obrazowanie w trybie M-mode anatomiczny w czasie rzeczywistym i z pamięci Cineloop | Min. 3 niezależne kursory | | | opisać | |  | |
|  | Obrazowanie w trybie Triplex – (B+CD/PD +PWD) | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Jednoczesne obrazowanie B + B/CD (Color/Power Doppler) w czasie rzeczywistym | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Obrazowanie w trybie Kolorowy i Spektralny Doppler Tkankowy | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Obrazowanie typu Compound Imaging lub równoważne | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Adaptacyjny system obrazowania wyostrzający kontury i redukujący artefakty szumowe dostępny na wszystkich oferowanych głowicach | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Obrazowanie trapezowe i rombowe na głowicach liniowych | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu B oraz PWD/CWD (skala, linia bazowa) za pomocą jednego przycisku | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Zakres bramki dopplerowskiej | Min. od 0,5 mm do 20 mm | | | podać wartość | |  | |
|  | Możliwość odchylenia wiązki Dopplerowskiej | Min. +/- 30 stopni | | | podać wartość | |  | |
|  | Korekcja kąta bramki dopplerowskiej | Min. +/- 80 stopni | | | podać wartość | |  | |
|  | Automatyczna korekcja kąta bramki dopplerowskiej w zakresie +/- 80 stopni za pomocą jednego przycisku | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Możliwość zmian map koloru w Color Dopplerze  min. 25 map | TAK | | | opisać | |  | |
|  | **Archiwizacja obrazów:** | | | | | | | |
|  | Wewnętrzny system archiwizacji z zapisem obrazów na dysku twardym (min. 500 GB) i bazą pacjentów. | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Zapis obrazów w formatach DICOM, JPG, BMP i TIFF oraz pętli obrazowych (AVI) w systemie aparatu i bezpośrednio z niego na nośnikach typu PenDrvie lub płytach DVD-R/RW | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Możliwość jednoczesnego zapisu obrazu na wewnętrznym dysku HDD i nośniku typu PenDrive oraz wydruku obrazu na printerze. Wszystkie 3 akcje dostępne po naciśnięciu jednego przycisku | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Videoprinter czarno-biały. | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Wbudowane wyjście USB 2.0 do podłączenia nośników typu PenDrive | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Wbudowana karta sieciowa Ethernet 10/100 Mbps | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Możliwość podłączenia aparatu do dowolnego komputera PC kablem sieciowych 100 Mbps w celu wysyłania danych (obrazy, raporty) | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Możliwość podłączenia drukarki laserowej do wydruku raportów bezpośrednio z aparatu | TAK | | | opisać | |  | |
|  | **Funkcje użytkowe:** | | | | | | | |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym | Min. x10 | | | podać wartość | |  | |
|  | Powiększenie obrazu po zamrożeniu | Min. x16 | | | podać wartość | |  | |
|  | Ilość pomiarów obrazowanych jednocześnie na ekranie | Min. 10 | | | podać wartość | |  | |
|  | Automatyczny obrys spektrum Dopplera oraz przesunięcie linii bazowej i korekcja kąta bramki Dopplerowskiej | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Raporty z badań z możliwością zapamiętywania raportów w systemie | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Pełne oprogramowanie do badań:   * Brzusznych * Małych narządów * Naczyniowych * Mięśniowo-szkieletowych * Urologicznych * Kardiologicznych * Położniczych * Ginekologicznych * Pediatrycznych | TAK | | | opisać | |  | |
|  | UPS podtrzymujący pracę aparatu – minimalny czas podtrzymania >= 15 minut | TAK | | | podać wartość | |  | |
|  | **Głowice ultradźwiękowe – (matrycowe lub wykonane w technologii zapewniającej ogniskowanie wiązki w dwóch płaszczyznach):** | | | | | | | |
|  | **Głowica elektroniczna Convex,** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy:   * Podać typ i producenta * Zakres częstotliwości pracy - Min 1,0 – 6,0 MHz * Liczba elementów - Min. 190 * Kąt skanowania - Min. 60 st * Obrazowanie harmoniczne - Min. 4 pasma częstotliwości | TAK | | | opisać | |  | |
|  | **Głowica elektroniczna Liniowa** szerokopasmowa, ze zmianą częstotliwości pracy:   * Podać typ * Zakres częstotliwości pracy - Min 5,0 – 16,0 MHz * Liczba elementów - Min. 190 * Szerokość pola skanowania - Max. 40 mm * Obrazowanie harmoniczne - Min. 4 pasma częstotliwości * Obrazowanie trapezowe i rombowe | TAK. | | | opisać | |  | |
|  | **Oprogramowanie:** | | | | | | | |
|  | System do archiwizacji danych wraz ze stacją roboczą umożliwiający podłączenie aparatów USG | TAK | | | opisać | |  | |
|  | Możliwość podłączenia min. 4 ultrasonografów (pełna licencja) | TAK | | | opisać | |  | |
|  | **Możliwości rozbudowy – opcje (dostępne w dniu składania oferty:** | | | | | | | |
|  | * Możliwość rozbudowy systemu o elektroniczną głowicę Liniową Matrycową 4,0-18,0 MHz, min. 1024 elementy, szerokość skanu max 40mm * Możliwość rozbudowy o opcję badań z kontrastem   Możliwość rozbudowy o głowicę śródoperacyjną typu I oraz typu T. |  | | | opisać | |  | |
|  | **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] | >= 8 | | | 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 (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 | |  | |
|  | **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.
5. Akcesoria ujęte w niniejszej specyfikacji muszą zapewniać kompatybilność z systemem rezonansu magnetycznego.

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

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