**ZAŁĄCZNIK NR 3/1 DO SIWZ**

**KALKULACJA CENOWA – OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**ZADANIE 1 – PRZENOŚNY MINIATUROWY APARAT ULTRASONOGRAFICZNY Z SONDĄ DUALNĄ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TABELA I.**  **PRZENOŚNY MINIATUROWY APARAT ULTRASONOGRAFICZNY Z SONDĄ DUALNĄ**  *[zwany także**aparatem,**sprzętem, urządzeniem, przedmiotem zamówienia*, *przedmiotem dostawy]* | | |
|  | | **DANE OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – wpisuje Wykonawca** |
| Pełna nazwa oferowanego przedmiotu zamówienia | |  |
| Producent | |  |
| Kraj pochodzenia | |  |
| Dystrybutor /Sprzedawca | |  |
| Serwis / Serwisy które Wykonawca dedykuje Zamawiającemu,  które będą świadczyć objęte zamówieniem usługi gwarancyjne i serwisowe w okresie gwarancji i rękojmi | Serwis własny Wykonawcy:   * Adres punktów serwisowych * Dane kontaktowe: telefon, e-mail   pod które Zamawiający może kierować zgłoszenia gwarancyjne/serwisowe |  |
| Serwis zlecony Podwykonawcom   * Nazwy Podwykonawców * Adres punktów serwisowych * Dane kontaktowe: telefon, e-mail   pod które Zamawiający może kierować zgłoszenia gwarancyjne/serwisowe |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABELA II. ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH, FUNKCJONALNYCH, UŻYTKOWYCH ORAZ WARUNKÓW**  **PRZENOŚNY MINIATUROWY APARAT ULTRASONOGRAFICZNY Z SONDĄ DUALNĄ** | | | | |
| Kol.1 | Kol.2 | Kol.3 | Kol.4 | Kol.5 |
| L.p. | **Wymagane przez Zamawiającego parametry, funkcje i warunki**  [w ramach przedmiotu zamówienia i oferowanej ceny przedmiotu zamówienia]  **Opis parametru** | **Minimalne wartości wymagane przez**  **Zamawiającego**  **Parametr / Wartość wymagana** | **Parametr/Wartość oferowana**  **Wykonawca wpisuje słowa:**  **„TAK”** lub **„NIE”**  **oraz wartości parametrów –** tam, gdzie Zamawiający wymaga [wskazując w Kol.3 „Podać” „opisać”] podania wartości  parametrów  *[wpisanie słowa „TAK” oznacza potwierdzenie spełnienia wymagań Zamawiającego];*  *[wpisanie słowa „NIE” oznacza brak spełnienia wymagań Zamawiającego]* | **Punktacja** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CECHY OGÓLNE** | | | | |
|  | **Nazwa i typ aparatu** | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Aparat fabrycznie nowy, nie po demonstracyjny, nie powystawowy, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Aparat o wysokiej mobilności z zasilaniem akumulatorowym | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Czas pracy wbudowanego akumulatora, nie mniej niż 60 [min] dla obrazu B-mode | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Architektura aparatu w pełni cyfrowa | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wyświetlacz wysokiej rozdzielczości, nie mniej niż 1200x700 [px] | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Monitor dotykowy | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Przekątna ekranu nie mniej niż 4,5 cala | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Waga aparatu z głowicami, akumulatorem, nie więcej niż 450 [g] | TAK, podać |  | < 450 [g] – 10 pkt.  = 450 [g] – 0 pkt. |
|  | Dodatkowy akumulator z kompletną zewnętrzną ładowarką | TAK |  | Bez punktacji |
| **TRANSMISJA DANYCH I ARCHIWIZACJA** | | | | |
|  | Pamięć obrazów wymienialna typu SD lub micro SD | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Transmisja obrazów za pomocą złacza USB | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wbudowany moduł bezprzewodowej transmisji danych DICOM (Worklist, Image Store) | TAK |  | Bez punktacji |
| **TRYBY OBRAZOWANIA** | | | | |
|  | 2D | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Kolor Doppler | TAK |  | Bez punktacji |
|  | M-mode | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu TGC | TAK |  | Bez punktacji |
|  | aplikacje nie mniej niż:   * kardiologia * jama brzuszna * położnictwo * badania oftalmiczne * mięśniowo-szkieletowe * naczyniowe | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| **GŁOWICE** | | | | |
|  | Głowica dualna | TAK/NIE |  | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |
|  | głowica liniowa   * zakres częstotliwości nie mniejszy niż  4-8,0 [MHz] * pole widzenia nie mniejsze niż  25-40 [mm] | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | głowica sektorowa   * zakres częstotliwości nie mniejsza niż  2-3,5 [MHz] * kąt widzenia nie mniejszy niż 70° * zasięg obrazowania nie mniej niż 24 [cm] | TAK, podać |  | Bez punktacji |
| **DOKUMENTACJA, GWARANCJA I SERWIS** | | | | |
|  | Wszystkie elementy urządzenia spełniają odpowiednie wymagania dla urządzeń medycznych zgodnie ze standardem EN60601-1 lub równoważnym (za równoważny Zamawiający uzna standard potwierdzający zgodność w tym samym zakresie, oraz Unijną Dyrektywą w Sprawie Urządzeń Medycznych 93/42/EEC); | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja producenta na oferowany system **nie krótsza niż 24 miesiące** (wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia) | TAK, Podać | Oferowany przez Wykonawcę okres gwarancji : **…………..pełnych miesięcy**  *(nie mniej niż 24 miesiące)* | Bez punktacji |
|  | Przeglądy okresowe **w oferowanym okresie gwarancji** niezbędne do realizacji – dla zapewnienia i potwierdzenia bezpiecznej pracy**.** | TAK, Podać | Wymagana liczba przeglądów okresowych / 1 (jeden) rok użytkowania urządzenia przez Zamawiającego *………….(wpisać)*  Łączna wymagana liczba przeglądów okresowych w całym oferowanym okresie gwarancji …………….*………….(wpisać)* | Bez punktacji |
|  | Zapewnienie dostępności części zamiennych w okresie **nie krótszym niż 10 lat** | TAK, Podać |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja w języku polskim w wersji papierowej oraz elektronicznej (dostawa z aparatem) | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Szkolenie personelu medycznego wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego | TAK |  | Bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABELA III. KALKULACJA CENOWA**  **ZADANIE 1 PRZENOŚNY MINIATUROWY APARAT ULTRASONOGRAFICZNY Z SONDĄ DUALNĄ** | | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot zamówienia  (charakterystyka) | j.m. | oferowana  **cena jednostkowa netto** bez podatku od towarów i usług VAT  **w PLN 1** | Ilość | Stawka podatku od towarów i usług VAT  **w %** | wartość podatku od towarów i usług VAT  **w PLN** | **Cen**a **brutto**  z podatkiem od towarów i usług VAT **2**  **w PLN** |
| Kol. 1 | Kol. 2 | Kol. 3 | Kol. 4 | Kol. 5 | Kol. 6 | Kol. 7= Kol. 4 x Kol. 6 | Kol. 8= Kol. 4 + Kol. 7 |
| 1. | **ZADANIE 1: PRZENOŚNY MINIATUROWY APARAT ULTRASONOGRAFICZNY Z SONDĄ DUALNĄ**  o parametrach technicznych, funkcjonalnych i użytkowych spełniających wymagania Zamawiającego opisanych w SIWZ | szt. |  | 1 |  |  |  |
| 3. | **RAZEM** |  | ……….. |  |  | ……… | ……………..  [ łączna całkowita cena oferty brutto] |

1 W cenie jednostkowej należy uwzględnić wszystkie koszty wynikające z wymagań określonych w SIWZ.

2Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami. Wykonawca, który oferuje Zamawiającemu dostawę w procedurze, w której dochodzi do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów - nie wypełnia kolumn 7 i 8. wówczas w FORMULARZU OFERTY – załączniku nr 2 do SIWZ – wykonawca podaje wartość netto (bez podatku od towarów i usług VAT).