**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).