Załącznik Nr 1

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**O F E R T A**

Nazwa i siedziba Wykonawcy: .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Numer telefonu / faxu** ……………………………………………………………….

**Adres e-mail** ................................................................................................................

**Numer NIP i Regon** ………………………………………………………………….

Do: nazwa i siedziba Zamawiającego

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II, 05-800 Grodzisk Mazowiecki, ul. Daleka 11

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na dostawę **aparatu Rtg z ramieniem C** dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, z dnia 29.10.2020 r. opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych pod nr 603972-N-2020 oraz na stronie internetowej Zamawiającego.

* 1. Oferuję wykonanie zamówienia

- za cenę (netto)................................. zł.

- podatek VAT ................................... zł.

- cena brutto ................................... zł.

Słownie brutto: .................................................................................................................

................................................................................................................................złotych

wyliczoną na podstawie wypełnionego FORMULARZA CENOWEGO – **zał. Nr ......**

* 1. w terminie: **do 2 tygodni** od daty podpisania umowy.
  2. przy warunkach płatności ........ dni./ wymagany termin płatności minimum : **60** dni, pożądany termin płatności **90** dni /
  3. okres gwarancji - ……… miesięcy liczony od dnia podpisania protokołu odbioru (minimalny okres gwarancji - 24 miesięcy)

1. Oświadczam, że uważam się za związanym(ą) niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
2. Oświadczam, że zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia ogólne i szczegółowe warunki umowy zastały zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w tej umowie i mojej ofercie określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że oferowana dostawa jest zgodna z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz obowiązującymi przepisami.
4. Oświadczam, że dostawa będzie wykonywania zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami i zasadami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska.
5. Wykonawca jest **małym \*/ średnim \*/ dużym\* przedsiębiorstwem**

***\*****niepotrzebne wykreślić*

Imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do podpisania umowy :

...................................................................................................................

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację zamówień :

...................................................................................................................

1. Wykonawca informuje, że (niepotrzebne skreślić):

* wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego;
* wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów / usług: ……………………………………………

Wartość towaru / usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to ………… zł netto\*.

\* *dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku*:

* *wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,*
* *mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt. 7 i ustawy o podatku od towarów i usług,*
* *importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.*

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.[[2]](#footnote-2)
2. Oświadczam, że wszystkie zatrudnione przeze mnie osoby które będą realizowały usługę, wszelkie informacje, uzyskane w związku z realizacją niniejszej umowy, w tym imię i nazwisko, adres i numer telefonu/ów, będą traktowały jako poufne w trakcie obowiązywania umowy oraz po jej zakończeniu i nie będą ich przekazywały osobom postronnym.
3. Załączniki do oferty:

(1) ...........................................................................................

(2) ..........................................................................................

(3) ..........................................................................................

(4) ..........................................................................................

(5) ..........................................................................................

.............................................................

Podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

…………………………….

Miejscowość, data

###### Załącznik Nr 2

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p | Nazwa | Ilość | J. m. | Cena jednostk  netto zł. | Cena netto  zł. | VAT  % | VAT  zł. | Cena brutto  zł. |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem :** | | | | |  |  |  |  |

............................................................

Podpis i pieczątka upoważnionego

Przedstawiciela Wykonawcy

**Załącznik nr 3**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**Wykaz oferowanych**

**okresów gwarancji, warunki gwarancji oraz szkolenie personelu**

**obsługującego oferowane urządzenie**

W zależności od rodzaju oferowanego sprzętu Wykonawca poda odpowiednio warunki gwarancji oraz okres gwarancji dla każdego z nich według poniższego wzoru :

Nazwa urządzenia: …………………………………………..

Producent (nazwa, kraj): …………………………………….

Rok produkcji: …………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Czynności | Warunki graniczne | Potwierdzenie przyjęcia warunków |
| 1. | Termin rozpoczęcia pełnej gwarancji (bezpłatna wymiana uszkodzonych części zamiennych, dojazdy/przejazdy inż. serwisowych, robocizna, przeglądy itp.) | Od momentu uruchomienia – podpisania protokołu odbioru |  |
| 2. | Okres pełnej gwarancji i rękojmi | ≥ 24 miesięcy |  |
| 3. | Czas reakcji „przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa” (w dni robocze) | ≤ 48 godziny |  |
| 4. | Możliwość przyjmowania zgłoszeń 24h na dobę, 365 dni w roku. | Tak |  |
| 5. | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia | ≤ 2 dni robocze |  |
| 6. | Liczba bezpłatnych przeglądów w okresie gwarancji | Podać |  |
| 7. | Graniczny czas naprawy gwarancyjnej, po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji | 5 dni |  |
| 8. | Naprawy i konserwacja sprzętu w okresie gwarancji będą odbywać się w miejscu jego eksploatacji. Jeżeli zaistnieje konieczność naprawy poza siedzibą zamawiającego, Wykonawca odbierze uszkodzony element i dostarczy go do Zamawiającego po zakończonej naprawie na własny koszt i ryzyko. | Tak |  |
| 9. | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczającej 5 dni kalendarzowe | Tak |  |
| 10 | Warunki wymiany podzespołów – liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany podzespołu na nowe (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) | Maksymalnie 3 |  |
| 11 | Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące bezpłatny dojazd i robociznę) w okresie gwarancji min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta. | Tak |  |
| 12. | Paszport techniczny | Tak |  |
| 13 | Katalogi i/lub ulotki informacyjne producenta dotyczące oferowanego typu wyrobu medycznego w języku polskim lub angielskim (wykonawca musi w takim wypadku załączyć własne tłumaczenie na język polski). | Przekazać |  |
| 14. | Przyczyny utraty prawa do gwarancji | Podać |  |
| 15. | Instrukcja obsługi w języku polskim, oraz pełna dokumentacja techniczna dostarczona wraz ze sprzętem . | Tak |  |
| 16. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski – lokalizacja (załączyć dokument potwierdzający autoryzację) | Podać |  |
| 17. | Szkolenie obsługi w siedzibie Zamawiającego w terminie uzgodnionym przez obie strony | Tak |  |
| **SERWIS POGWARANCYJNY** | | | |
| 1. | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży – nie mniej niż przez 8 lat. | ≥ 8 lat |  |
| 2. | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach | Podać |  |
| 3. | Koszty obsługi serwisowej przez 8 godz. z dojazdem serwisu do Szpitala Zachodniego | Podać wartość brutto w PLN jednorazowej wizyty serwisowej |  |
| Jedna roboczogodzina × 8 |
| Dojazd do Szpitala Zachodniego, powrót (całkowity koszt) |
| Inne koszty (hotele, diety, itp.) |
| 4. | Koszt przeglądu pogwarancyjnego (całkowity koszt) | Podać wartość brutto w PLN jednorazowej wizyty |  |
| 5. | Dostarczone urządzenie będzie mieć bezterminową tzw. otwarta platformę serwisową, która nie wymaga kodów i licencji serwisowych | Tak |  |
| 6. | Zamawiający ma prawo do swobodnego wyboru firmy serwisującej i dostarczającej części wymienne i eksploatacyjne | Tak |  |

……………………………………………..

podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

**Załącznik nr 4**

|  |
| --- |
|  |

**Nazwa Wykonawcy ………………………………………………………………….**

**Adres Wykonawcy …………………………………………………………………..**

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: **dostawę aparatu Rtg z ramieniem C** oświadczam, co następuje:

**1.OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

a) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.

[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu]

b) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 i 8 ustawy Pzp

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 pkt. 1 i 8 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………….. ..…………..…………………………………………………………………………………………

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**2.OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………………….……………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**3.OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**Załącznik nr 5**

**Nazwa Wykonawcy ………………………………………………………………….**

**Adres Wykonawcy …………………………………………………………………..**

**Numer telefonu / faxu ……………………………………………………………….**

**Adres e-mail ................................................................................................................**

**Numer NIP i Regon ………………………………………………………………….**

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**Nr SPSSZ/49/D/2020**

## Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: dostawę aparatu Rtg z ramieniem C oświadczam, co następuje:

**1.INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w

SIWZ w Rozdziale IV .

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**2.INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w SIWZ w Rozdziale V polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ………………………………………………………………………………..…….

..……………………………………………………………………………………………………. w następującym zakresie: ……………………………………………………………………….…

……………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

**3. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis*

**Załącznik nr 6**

|  |
| --- |
|  |

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE**

**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015r. poz. 184, 1618 i 1634)**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

**Na dostawę** **aparatu Rtg z ramieniem C dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim**

Niniejszym oświadczam, **że należę/ nie należę** *(niepotrzebne skreślić)* do tej samej grupy kapitałowej z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w niniejszym postępowaniu.

**Wykaz wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| l.p. | Wskazanie wykonawcy |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

W załączeniu dowody wskazujące, że istniejące między wykonawcami należącymi do tej samej grupy kapitałowej, powiązania nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

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

*(data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

**UWAGA!**

***Oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni od zamieszczenia przez Zamawiającego na stronie internetowej, informacji z otwarcia ofert zawierającej nazwy i adresy wykonawców, którzy złożyli oferty.***

**Załącznik nr 7**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETRY TECHNICZNE I FUNKCJONALNE** | **WARUNEK WYMAGANY**  **(GRANICZNY)** | **WARTOŚĆ**  **OFEROWANA** | **PUNKTACJA** |
|  | Producent | Podać |  | Bez punktacji |
|  | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  | Bez punktacji |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  | Bez punktacji |
|  | Aparat i wyposażenie nowe, nieużywane i nieregenerowane. Rok produkcji 2020r | TAK. Podać |  | Bez punktacji |
|  | Wyrób ze znakiem CE zgodnie z dyrektywą 93/42/EEC – dopuszczony w Polsce do obrotu i używania. | TAK. Dołączyć wymagane dokumenty |  | Bez punktacji |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | Aparat rtg z ramieniem C wyposażony w lampę rtg, zestaw monitorów | TAK |  | Bez punktacji |
|  | System mobilny, na przewoźnym wózku, z możliwością blokady przynajmniej dwóch kół | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Uchwyt na detektorze obrazu do ręcznego manipulowania ramieniem C | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie 230V 50 Hz | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wyrób ze znakiem CE zgodnie z dyrektywą 93/42/EEC – zgłoszony w Polsce w rejestrze wyrobów medycznych. Wymóg odnosi się do całego urządzenia, a nie dla jego części składowych. | TAK. Załączyć wymagane dokumenty |  | Bez punktacji |
|  | **URZĄDZENIE MOBILNE O NASTĘPUJĄCYCH GRANICZNYCH CECHACH GEOMETRII URZĄDZENIA** | | | |
|  | Prześwit – wolna przestrzeń - między obudową lampy a obudową detektora ≥ 84cm | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Głębokość ramienia C ≥ 68cm ( głębokość od osi wiązki do wewnętrznej powierzchni ramienia C) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Obrót ramienia wokół osi podłużnej LAO/RAO w zakresie >160° | TAK, podać |  | Największa wartość 5 pkt , pozostałe i graniczna 0 pkt |
|  | Obrót ramienia wokół osi poprzecznej CRAN/CAUD w zakresie ≥ 445° | TAK, podać |  | Największa wartość 5 pkt , pozostałe i graniczna 0 pkt |
|  | Zmotoryzowany ruch pionowy ramienia C w zakresie ≥ 42 cm | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Ruch poziomy ≥ 22cm | TAK, podać |  | Największa wartość 5 pkt , pozostałe i graniczna 0 pkt |
|  | SID – odległość ognisko - detektor ≥105cm | TAK , podać |  |  |
|  | Sterowanie za pośrednictwem dotykowego panelu LCD, umieszczonego na ramieniu i na stacji monitorowej, umożliwiającego również podgląd ostatniego obrazu rtg jak również możliwość ustawiania obrazu, szybki podgląd mozaiki obrazów zapamiętanych z możliwością wyświetlenia ich na monitorze referencyjnym. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Podgląd mozaiki obrazów zapamiętanych w pamięci na ekranie dotykowym służącym do sterowania funkcjami generatora | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Sterowanie dotykiem funkcji:  - regulacja pozycji elektronicznych kolimatorów,  - obrót obrazu,  - wielkość pola obrazu  - regulacja jasności i kontrastu „windowing”  Na ostatnim zatrzymanym obrazie widocznym na ekranie dotykowym, | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **GENERATOR** | | | |
|  | Moc ≥ 25 kW dla 100kV | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Częstotliwość generatora nie mniejsza ≥ 40 kHz | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zakres napięć nie mniejszy niż 40 do 120 kV | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Tryby pracy:  - fluoroskopia pulsacyjna  - radiografia cyfrowa | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalny zakres prądu dla fluoroskopii > 2-250 mA z możliwością regulacji w całym zakresie | TAK |  | Największy zakres 5 pkt , pozostałe i graniczna 0 pkt |
|  | Maksymalny prąd dla radiografii cyfrowej tzw. Single image > 2-250 mA | TAK |  | Największy zakres 5 pkt , pozostałe i graniczna 0 pkt |
|  | Maksymalna częstość impulsów nie mniejsza niż 25 imp/sek | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja szerokości impulsu w zakresie min.7-40ms | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Programy anatomiczne w tym min. dedykowany program do zabiegów kardiologicznych | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **LAMPA RENTGENOWSKA** | | | |
|  | Lampa min. 2-ogniskowa z wirującą anodą | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wymiar dużego ogniska [mm] ≤ 0,6mm | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wymiar małego ogniska [mm] ≤ 0,3mm | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pojemność cieplna anody >365 kHU | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pojemność cieplna kołpaka zabezpieczająca przed przegrzaniem podczas zabiegów kardiologicznych zapewniająca bezpieczną długą pracę podczas zabiegu > 5300 kHU | TAK |  | Wartość w przedziale: 5300kHU do 9000kHU 0 pkt,  > 9000 kHU  10 pkt |
|  | Wydajność chłodzenia kołpaka > 100 kHU/min | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wydajność chłodzenia anody ≥ 85kHU/min | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **KOLIMATOR** | | | |
|  | Kolimator irysowy oraz szczelinowy z blendami niezależnymi od siebie | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Ustawianie przesłon bez promieniowania ze śledzeniem ich położenia na ekranie | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pomiaru dawki z wyświetlaczem cyfrowym ze szczegółowym raportem w podziale na różne tryby obrazowania | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **TOR WIZYJNY** | | | |
|  | Przetwornik obrazu cyfrowy o wymiarach > 20x20cm | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Ilość pól obrazowych min 3 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zakres dynamiki ≥ 94dB, kratka przeciw rozproszeniowa min.70 linii/cm |  |  | Bez punktacji |
|  | Rozdzielczość panelu: min 2040 x 2040 x 16 bit | TAK |  | Największy zakres 5 pkt , pozostałe i graniczna 0 pkt |
|  | Wielkość piksela max 100 mikrometra | TAK |  | Bez punkcjacji |
|  | Skala szarości obrazu z detektora min. 16bit | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Skala szarości w procesingu >24 bit | TAK |  | Największa wartość 5 pkt , pozostałe i graniczna 0 pkt |
|  | Uchwyt na detektorze do łatwego manipulowania ramieniem podczas zabiegów | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Monitory LCD min. 2 szt. zamontowane na systemie jezdnym w sposób pozwalający na uzyskanie przez operatora najkorzystniejszych warunków obserwacji | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Kontrast >900:1 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Luminacja > 900cd/m2 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Monitor LCD TFT IPS , przekątna 19 cali. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Rozdzielczość monitorów min. 1280 x 1024, kąt widzenia 176stoni | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Przegląd mozaiki obrazów min. 15 obrazów | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Nagrywanie sekwencji min. CINE 25 obr./s | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | **SYSTEM CYFROWY** | | | |
|  | Monitor dotykowy do sterowania parametrami ekspozycji umieszczony na wózku ramienia C jak i na stacji monitorowej. Ergonomiczne tożsame sterowanie z obu monitorów wszystkimi funkcjami pracy i programami urządzenia | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Cyfrowy zapis obrazów i scen z fluoroskopii na dysku | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Szybkość zapisu obrazów nie mniej niż 25 obrazów na sekundę | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pamięć ostatniego obrazu LIH | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pamięć obrazów statycznych jak i CINE min. 100 000 obrazów | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Cyfrowy obrót obrazu, przenoszenie góra-dół, lewa-prawa | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wprowadzenie i edycja danych pacjenta i badania | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Powiększanie i lupa | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pomiar odległości | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Cyfrowa filtracja w czasie rzeczywistym, min. filtr rekursywny, filtr krawędziowy, filtr LIH | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Archiwizacja badań na USB w standardzie DICOM 3.0 z dogrywaniem oprogramowania przeglądarki pozwalającego na odczyt nagranych scen. Możliwość nagrywania zdjęć w formatach TIFF, AVI, DICOM | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Interfejs DICOM 3.0 (min. Storage, Store Commitment, Query, Worklist) umożliwiający komunikację ze szpitalnym systemem archiwizacji PACS | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pamięć obrazów statycznych na wewnętrznym dysku | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Wyjście wideo min. SDI lub DVI | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Możliwość rozbudowy o funkcje naczyniowe** | | | |
|  | Cyfrowa angiografia substrakcyjna DSA | ≥ 25 obr./s, Podać |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczne wychwycenie zdjęć o największym zaczernieniu kontrastem | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Roadmapping, wykonywany z jednej klatki lub całego filmu DSA | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pixelshift, | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Landmarking | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Programy anatomiczne dedykowane badaniom naczyniowym (min 3 programy).  Wyświetlanie obrazów bez subtrakcji na monitorze referencyjnym równolegle do obrazu DSA na monitorze obrazu na żywo | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość całkowitego włączania i wyłączania maski w obrazie DSA | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość tworzenia roadmapy z całego fragmentu sekwencji DSA bądź z dowolnego pojedynczego obrazu sekwencji DSA | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość przywracania poprzednio wykonanych sekwencji DSA i kontynuowania roadmapy. |  |  | Bez punktacji |

……………………………………………..

podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

1. 1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)
2. \* W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-2)