**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 USG** dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, z dnia 21.10.2020 r. opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych pod nr 600656-N-2020 oraz na stronie internetowej Zamawiającego.

1.

A. Oferuję wykonanie zamówienia

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

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

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

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

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

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

B. w terminie: **do 4 tygodni** od daty podpisania umowy.

C. przy warunkach płatności ........ dni./ wymagany termin płatności minimum : **60** dni, pożądany termin płatności **90** dni /

E. okres gwarancji - ……… miesięcy liczony od dnia podpisania protokołu odbioru (minimalny okres gwarancji - 12 miesięcy)

2. Oświadczam, że uważam się za związanym(ą) niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

3. 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.

4.Oświadczam, że oferowana dostawa jest zgodna z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz obowiązującymi przepisami.

5. Oświadczam, że dostawa będzie wykonywania zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami i zasadami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska.

6. 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 :

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

7.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.

10. 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 jednostknetto zł. | Cena nettozł. | VAT% | VATzł. | Cena bruttozł. |
| 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 urządzenia**

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 | ≥ 12 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. | Paszport techniczny | Tak |  |
| 12. | Przyczyny utraty prawa do gwarancji | Podać |  |
| 13. | Instrukcja obsługi w języku polskim, oraz pełna dokumentacja techniczna dostarczona wraz ze sprzętem . | Tak |  |
| 14. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski – lokalizacja (załączyć dokument potwierdzający autoryzację) | Podać |  |
| 15. | 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 x 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 USG** 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/46/D/2020**

## Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: dostawę aparatu USG 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*

**…………………….**

 **Pieczątka firmy Załącznik nr 6**

**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 USG 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. | parametru technicznego | Wartość oferowana | Podać wartości dla pozycji punktowanych, potwierdzić dla wymaganych TAK/NIE |
| 1. | Aparat fabrycznie nowy; w pełni cyfrowy rokprodukcji min. 2020 wyklucza się aparatdemonstracyjny | TAK |  |
| 2. | Ilość fizycznych kanałów TX. | Min. 192, powyżej 10 pkt. |  |
| 3. | Ilość przetwarzanych kanałów odbiorczych | >1 500 000 |  |
| 4. | Dynamika aparatu w trybie B z wyświetlaniemwartości na ekranie. | Min 255 dB |  |
| 5. | Zakres stosowanych częstotliwości pracy(określony częstotliwościami pracy głowic w'aparacie) | 1-18 MHz |  |
| 6. | Zakres głębokości obrazowania min od 2 do 38cm, bez użycia funkcji Zoom | TAK |  |
| 7. | Maksymalna częstotliwość odświeżania (FrameRatę) dla obrazu 2D | Min 2000 Hz,powyżej 5 pkt |  |
| 8. | Cztery niezależne, skrętne koła, z blokadą min2 kół.' | TAK |  |
| 9. | Regulacja wysokości położenia konsolioperatora. | Tak - 18 cm |  |
| 10. | Obrót konsoli operatora. | 60° |  |
| 11. | Dotykowy panel sterowania funkcjami aparatuumieszczony na konsoli sterowania | Tak - ponad 10”.Wykonany w technologii LED.rozdzielczość min. 1200x800 |  |
| 12. | Monitor kolorowy LED, na ruchomymdwu przegubowym ramieniu, zapewniającymswobodę ustawienia monitora. | Przekątna ekranu -23”, rozdzielczość 1920x1080,Powyżej 23” i powyżej rozdzielczości 1920x1080 – 5 pkt |  |
| 13. | Regulacja obrotu monitora | +/-1300 |  |
| 14. | Cztery aktywne, równoważne gniazda dlagłowic obrazowych przełączane z klawiaturyultrasonografu | TAK |  |
| 15. | Waga aparatu | Max. 110 kg |  |
| 16. | Tryby pracy aparatu |  |  |
| 17. | 2-D3-D M-modeKolor M-modeAnatomiczny M-ModePW Doppler i HPRFDoppler kolorowyPower DopplerKierunkowy Power DopplerTryb Duplex (2D/PW)Tryb Triplex (2D/PW/CD) | TAK |  |
| 18. | Obrazowanie harmoniczne | TAK |  |
| 19. | Obrazowanie harmoniczne z odwróconymimpulsem. | TAK |  |
| 20. | Obrazowanie z użyciem technologii odbiorupełnego spektrum sygnału (wykorzystującetechnologię obrazowania na kilkuczęstotliwościach) - działające na wszystkichoferowanych sondach. | TAK |  |
| 21. | Oprogramowanie do wygładzenia orazwykontrastowania obrazu i uzyskania obrazuzbliżonego do obrazów MR (np. Sono MR) -działające na wszystkich oferowanych sondach. | TAK |  |
| 22. | Pracę w' trybie wielokierunkowego nadawania iodbierania wiązki, minimum 7 kątów. | TAKpowyżej 7 kątów – 5 pkt |  |
| 23. | Tryb M | TAK |  |
| 24. | Tryb M z kolorowym Dopplerem | TAK |  |
| 25. | Anatomiczny tryb M | TAK |  |
| 26. | Tryb Dopplera Fali Pulsacyjnej | TAK |  |
| 27. | Szerokość bramki Dopplera PW | 0,5 do 15 mm |  |
| 28. | Maksymalna częstotliwość PRF Dopplera PW | Min. 23kHz |  |
| 29. | Automatyczna optymalizacja obrazu PW przypomocy jednego klawisza (m.in. automatycznedopasowanie linii bazowej oraz skali) | TAK |  |
| 30. | Regulacja uchylności (Steer) wiązki Doppleramin. +/-200 | TAK9 pozycjipowyżej – 5 pkt |  |
| 31. | Tryb Dopplera Kolorowego | TAK |  |
| 32. | Maksymalna częstotliwość PRF w trybiekolorowego Dopplera. | Powyżej 18kHz |  |
| 33. | Możliwość zmiany szerokości wyświetlanego obrazu 2D (B-Mode) | TAK |  |
| 34. | Automatyczna optymalizacja obrazu 2D przypomocy jednego klawisza (m.in. automatycznedopasowanie wzmocnienia i TGC) | TAK |  |
| 35. | Min 8 suwaków/regulatorówwzmocnienia głębokościowego wiązki TGC | TAKRegulacja cyfrowa z paneladotykowego. |  |
| 36. | Tryb Dual Live - tzwrJednoczesne wyświetlanie na ekranie dwóchobrazów w czasie rzeczywistym typu B+B/CD | TAK |  |
| 37. | Możliwość obracania obrazu lewo-prawo. góra-dół | TAK |  |
| 38. | Powiększenie obrazu zamrożonego | min. 8x,powyżej 5 pkt. |  |
| 39. | Powiększenie bez straty rozdzielczości obrazuw czasie rzeczywistym | min. 8x. powyżej 5 pkt |  |
| 40. | Obrazowanie Trapezoidalne | TAK |  |
| 41. | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie doobrazowania elastyczności tkanek tzw.Sonoelastografia, dedykowana do badań piersiz wyliczeniem współczynnika strain rat i oobszaru zainteresowania ROI wskazanegoprzez użytkownika względem otaczającychtkanek | TAK Możliwość rozbudowydostępna na dzień składaniaofert. |  |
| 42. | Możliwość zastosowania oprogramowania doobrazowania elastyczności tkanekprzeznaczone do szyjki macicy zdedykowanymi pomiarami i pakietem obliczeń | TAK Możliwość rozbudowydostępna na dzień składaniaofert. |  |
| 43. | Możliwość zastosowania w aparacie aplikacjido oceny ryzyka zmian w przy dawkach w;edług10 TA | TAK Możliwość rozbudowydostępna na dzień składaniaofert. |  |
| 44. | Możliwość zastosowania aplikacji służącej dopółautomatycznego wyznaczania podejrzanychzmian w piersiach z automatycznym podaniemwymiaru, opisem i klasyfikacją wg BI RADS (20 | TAK Możliwość rozbudowydostępna na dzień składaniaofert.13) |  |
| 45. | Możliwość rozbudowy o obrazowanietomograficzne na obrazie żywym i zamrożonymw trybie 3D/4D z możliwością wyświetleniaminimum 12 równoległych warstw. | TAK Możliwość rozbudowydostępna na dzień składaniaofert. |  |
| 46. | Możliwość rozbudowy o obrazowanie, którepozwala na uzyskanie dowolnej płaskiejpłaszczyzny z zeskanow anej bryły poprzez cięcie wybranej płaszczyzny odniesienia liniąprostą, krzywą lub kilkoma liniami prostymi | TAK Możliwość rozbudowydostępna na dzień składaniaofert. |  |
| 47. | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie dotrójwymiarowego obrazowania serca płodu zkolorowym Dopplerem. | TAKMożliwość rozbudowydostępna na dzień składaniaofert. |  |
| 48. | Możliwość rozbudowy o tryb umożliwiającybezpośrednie (w trakcie badania) nagrywanieobrazów, lub części badania na wewnętrznymdysku twardym. | TAKMożliwość rozbudowydostępna na dzień składaniaofert. |  |
| 49. | Oprogramowanie do przesyłania obrazów idanych zgodnych z standardem DICOM 3(Dicom send. Dicom Print, Modality Worklist) | TAK |  |
| 50. | Możliwość rozbudowy o oprogramowaniepomiarowe do automatycznej analizy i pomiarukompleksu intima - media. | TAKMożliwość rozbudowydostępna na dzień składaniaofert. |  |
| 51. | Obrazowanie 3D/4D z głowicwolumetrycznych typu convex. linia i endo. | TAK |  |
| 52. | Oprogramowanie do półautomatycznegopomiaru NT na obrazie | TAK |  |
| 53. | oprogramowanie do automatycznych pomiarówbiometrii płodu BPD. HC. AC. FL | TAKdostępna na dzień składaniaofert. |  |
| 54. | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie doautomatycznych pomiarów kości długich płoduna zeskanowanej bryle. | TAKMożliwość rozbudowydostępna na dzień składaniaofert. |  |
| 55. | Funkcję automatycznego ustawiania bramki ColorDopplera w naczyniu, z uwzględnieniem kierunkuprzepływu | TAK |  |
| 56. | Możliwość rozbudowy o automatycznewyszukiwanie i wyznaczenie objętościpęcherzyków jajników. | TAKMożliwość rozbudowydostępna na dzień składaniaofert. |  |
| 57. | Możliwość rozbudowy o oprogramowanieumożliwiające sztuczne podświetleniezeskanowanej bryły z różnych pozycji iodległości. | TAKMożliwość rozbudowydostępna na dzień składaniaofert. |  |
| 58. | Głowice |  |  |
| 59. | Możliwość zmiany zakresu częstotliwości dlatrybu B-mode oraz w trybach Dopplerowskich,na wszystkich zaoferowanych głowicach. | TAK |  |
| 60. | Głowica konweksowa wykonana wtechnologii monokryształu (single crystal)lub w technologii matry cy | TAK |  |
| 61. | Częstotliwości pracy głowicy min. 1 - 7 | TAK |  |
| 62. | Kąt widzenia - min. 70" | TAK |  |
| 63. | Ilość elementów - min. 160 | TAK |  |
| 64. | Głowica endokawitarna | TAK |  |
| 65. | Częstotliwości pracy głowicy - min. 4 do 10MHz | TAK |  |
| 66. | Kąt widzenia - min. 150° | TAK |  |
| 67. | Ilość elementów' - min. 192 | TAK |  |
| 68. | Promień krzywizny główki max 1 Omm. | TAK |  |
| 69. | Głowica liniowa | TAK |  |
| 70. | Częstotliwości pracy głowicy - 3 do 12 MHz | TAK |  |
| 71. | Ilość elementów - min. 256 | TAK |  |
| 72. | Szerokość czoła głowicy min 50mm | TAK |  |
| 73. | Głowica wolumetryczna wykonana wtechnologii monokryształu lub matrycowejdo badań położniczychZakres częstotliwości min. od 1 do 8MHzKąt widzenia min 70 stopniIlość elementów- - min. 192 | TAK |  |
| 74. | Głowica liniowa śródoperacyjnaZakres częstotliwości pracy min od 3 do 16MHzSzerokość czoła głowicy max 26mm Ilość elementów min. 128 |  |  |
| 75. | Pakiety obliczeniowe/raporty | TAK |  |
| 76. | Pełny pakiet do badań brzusznych, małychnarządów, naczyniowych, mięśniowoszkieletowych, ginekologicznych.położniczych. | TAK |  |
| 77. | Automatyczne obrysowanie i wyznaczanieparametrów (min. Rl. PI. S/D) widmadopplerowskiego w czasie rzeczywistym naruchomym spektrum. | TAK |  |
| 78. | Automatyczne wyznaczanie parametrów (min.RI, PI. S/D) widma dopplerowskiego nazamrożonym spektrum. | TAK |  |
| 79. | Możliwość wprowadzania własnych opisów ikomentarzy do raportu. | TAK |  |
| 80. | Programy pomiarów:min. 8 odległości na jednym obrazie, obwód,objętość, kąty. | TAK |  |
| 81.  | System archiwizacji |  |  |
| 82. | Pamięć dynamiczna obrazu (CINE LOOP) dlatrybu B z możliwością przeglądania w sposóbpłynny z regulacją prędkości odtwarzania. | Min 7000 obrazów |  |
| 83. | Wewnętrzny dysk twardy aparatu przeznaczonydo archiwizacji badań | Min 500 GB typ SSD |  |
| 84. | Możliwość archiwizacji sekwencji ruchomych(z pamięci CINE i w czasie badania - w czasierzeczywistym) i statycznych na dysku aparatu. | TAK |  |
| 85. | Nagrywarka DVD wbudowana w aparat. | TAK |  |
| 86. | Aktywne gniazdo USB do archiwizacjiobrazów statycznych oraz ruchomych naprzenośnej pamięci USB (Flash, Pendrive). | TAK |  |
| 87. | Yideoprinter czarno-biały małego formatu. | TAK |  |
| 88. | Możliwość podłączenia drukarki komputerowej(atramentowej) do drukowania raportów zbadań w formacie A4. | TAK |  |
| 89. | Zasilanie | 220-240V 50Hz |  |
| 90. | Książkowa Instrukcja obsługi w języku polskim oraz deklaracja zgodności CE. | TAK |  |
| 91. | Autoryzacja producenta na serwis orazdystrybucję | Tak |  |
| 92. | Naprawy gwarancyjne realizowane przezautoryzowany przez producenta oferowanegourządzenia serwis | Tak |  |
| 93. | Gwarancja 36 miesiące | TAK |  |

 ……………………………………………..

 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)