**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 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 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 rok  produkcji min. 2020 wyklucza się aparat  demonstracyjny | 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 wyświetlaniem  wartości 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 38  cm, bez użycia funkcji Zoom | TAK |  |
| 7. | Maksymalna częstotliwość odświeżania (Frame  Ratę) dla obrazu 2D | Min 2000 Hz,  powyżej 5 pkt |  |
| 8. | Cztery niezależne, skrętne koła, z blokadą min  2 kół.' | TAK |  |
| 9. | Regulacja wysokości położenia konsoli  operatora. | Tak - 18 cm |  |
| 10. | Obrót konsoli operatora. | 60° |  |
| 11. | Dotykowy panel sterowania funkcjami aparatu  umieszczony na konsoli sterowania | Tak - ponad 10”.  Wykonany w technologii LED.  rozdzielczość min. 1200x800 |  |
| 12. | Monitor kolorowy LED, na ruchomym  dwu przegubowym ramieniu, zapewniającym  swobodę 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 dla  głowic obrazowych przełączane z klawiatury  ultrasonografu | TAK |  |
| 15. | Waga aparatu | Max. 110 kg |  |
| 16. | Tryby pracy aparatu |  |  |
| 17. | 2-D  3-D  M-mode  Kolor M-mode  Anatomiczny M-Mode  PW Doppler i HPRF  Doppler kolorowy  Power Doppler  Kierunkowy Power Doppler  Tryb Duplex (2D/PW)  Tryb Triplex (2D/PW/CD) | TAK |  |
| 18. | Obrazowanie harmoniczne | TAK |  |
| 19. | Obrazowanie harmoniczne z odwróconym  impulsem. | TAK |  |
| 20. | Obrazowanie z użyciem technologii odbioru  pełnego spektrum sygnału (wykorzystujące  technologię obrazowania na kilku  częstotliwościach) - działające na wszystkich  oferowanych sondach. | TAK |  |
| 21. | Oprogramowanie do wygładzenia oraz  wykontrastowania obrazu i uzyskania obrazu  zbliżonego do obrazów MR (np. Sono MR) -  działające na wszystkich oferowanych sondach. | TAK |  |
| 22. | Pracę w' trybie wielokierunkowego nadawania i  odbierania wiązki, minimum 7 kątów. | TAK  powyżej 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 przy  pomocy jednego klawisza (m.in. automatyczne  dopasowanie linii bazowej oraz skali) | TAK |  |
| 30. | Regulacja uchylności (Steer) wiązki Dopplera  min. +/-200 | TAK  9 pozycji  powyżej – 5 pkt |  |
| 31. | Tryb Dopplera Kolorowego | TAK |  |
| 32. | Maksymalna częstotliwość PRF w trybie  kolorowego Dopplera. | Powyżej 18kHz |  |
| 33. | Możliwość zmiany szerokości wyświetlanego obrazu 2D (B-Mode) | TAK |  |
| 34. | Automatyczna optymalizacja obrazu 2D przy  pomocy jednego klawisza (m.in. automatyczne  dopasowanie wzmocnienia i TGC) | TAK |  |
| 35. | Min 8 suwaków/regulatorów  wzmocnienia głębokościowego wiązki TGC | TAK  Regulacja cyfrowa z panela  dotykowego. |  |
| 36. | Tryb Dual Live - tzwr  Jednoczesne wyświetlanie na ekranie dwóch  obrazów 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 obrazu  w czasie rzeczywistym | min. 8x.  powyżej 5 pkt |  |
| 40. | Obrazowanie Trapezoidalne | TAK |  |
| 41. | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do  obrazowania elastyczności tkanek tzw.  Sonoelastografia, dedykowana do badań piersi  z wyliczeniem współczynnika strain rat i o  obszaru zainteresowania ROI wskazanego  przez użytkownika względem otaczających  tkanek | TAK Możliwość rozbudowy  dostępna na dzień składania  ofert. |  |
| 42. | Możliwość zastosowania oprogramowania do  obrazowania elastyczności tkanek  przeznaczone do szyjki macicy z  dedykowanymi pomiarami i pakietem obliczeń | TAK Możliwość rozbudowy  dostępna na dzień składania  ofert. |  |
| 43. | Możliwość zastosowania w aparacie aplikacji  do oceny ryzyka zmian w przy dawkach w;edług  10 TA | TAK Możliwość rozbudowy  dostępna na dzień składania  ofert. |  |
| 44. | Możliwość zastosowania aplikacji służącej do  półautomatycznego wyznaczania podejrzanych  zmian w piersiach z automatycznym podaniem  wymiaru, opisem i klasyfikacją wg BI RADS (20 | TAK Możliwość rozbudowy  dostępna na dzień składania  ofert.  13) |  |
| 45. | Możliwość rozbudowy o obrazowanie  tomograficzne na obrazie żywym i zamrożonym  w trybie 3D/4D z możliwością wyświetlenia  minimum 12 równoległych warstw. | TAK Możliwość rozbudowy  dostępna na dzień składania  ofert. |  |
| 46. | Możliwość rozbudowy o obrazowanie, które  pozwala na uzyskanie dowolnej płaskiej  płaszczyzny z zeskanow anej bryły poprzez cięcie wybranej płaszczyzny odniesienia linią  prostą, krzywą lub kilkoma liniami prostymi | TAK Możliwość rozbudowy  dostępna na dzień składania  ofert. |  |
| 47. | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do  trójwymiarowego obrazowania serca płodu z  kolorowym Dopplerem. | TAK  Możliwość rozbudowy  dostępna na dzień składania  ofert. |  |
| 48. | Możliwość rozbudowy o tryb umożliwiający  bezpośrednie (w trakcie badania) nagrywanie  obrazów, lub części badania na wewnętrznym  dysku twardym. | TAK  Możliwość rozbudowy  dostępna na dzień składania  ofert. |  |
| 49. | Oprogramowanie do przesyłania obrazów i  danych zgodnych z standardem DICOM 3  (Dicom send. Dicom Print, Modality Worklist) | TAK |  |
| 50. | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie  pomiarowe do automatycznej analizy i pomiaru  kompleksu intima - media. | TAK  Możliwość rozbudowy  dostępna na dzień składania  ofert. |  |
| 51. | Obrazowanie 3D/4D z głowic  wolumetrycznych typu convex. linia i endo. | TAK |  |
| 52. | Oprogramowanie do półautomatycznego  pomiaru NT na obrazie | TAK |  |
| 53. | oprogramowanie do automatycznych pomiarów  biometrii płodu BPD. HC. AC. FL | TAK  dostępna na dzień składania  ofert. |  |
| 54. | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do  automatycznych pomiarów kości długich płodu  na zeskanowanej bryle. | TAK  Możliwość rozbudowy  dostępna na dzień składania  ofert. |  |
| 55. | Funkcję automatycznego ustawiania bramki Color  Dopplera w naczyniu, z uwzględnieniem kierunku  przepływu | TAK |  |
| 56. | Możliwość rozbudowy o automatyczne  wyszukiwanie i wyznaczenie objętości  pęcherzyków jajników. | TAK  Możliwość rozbudowy  dostępna na dzień składania  ofert. |  |
| 57. | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie  umożliwiające sztuczne podświetlenie  zeskanowanej bryły z różnych pozycji i  odległości. | TAK  Możliwość rozbudowy  dostępna na dzień składania  ofert. |  |
| 58. | Głowice |  |  |
| 59. | Możliwość zmiany zakresu częstotliwości dla  trybu B-mode oraz w trybach Dopplerowskich,  na wszystkich zaoferowanych głowicach. | TAK |  |
| 60. | Głowica konweksowa wykonana w  technologii 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 10  MHz | 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 w  technologii monokryształu lub matrycowej  do badań położniczych  Zakres częstotliwości min. od 1 do 8MHz  Kąt widzenia min 70 stopni  Ilość elementów- - min. 192 | TAK |  |
| 74. | Głowica liniowa śródoperacyjna  Zakres częstotliwości pracy min od 3 do 16MHz  Szerokość czoła głowicy max 26mm Ilość elementów min. 128 |  |  |
| 75. | Pakiety obliczeniowe/raporty | TAK |  |
| 76. | Pełny pakiet do badań brzusznych, małych  narządów, naczyniowych, mięśniowo  szkieletowych, ginekologicznych.  położniczych. | TAK |  |
| 77. | Automatyczne obrysowanie i wyznaczanie  parametrów (min. Rl. PI. S/D) widma  dopplerowskiego w czasie rzeczywistym na  ruchomym spektrum. | TAK |  |
| 78. | Automatyczne wyznaczanie parametrów (min.  RI, PI. S/D) widma dopplerowskiego na  zamrożonym spektrum. | TAK |  |
| 79. | Możliwość wprowadzania własnych opisów i  komentarzy 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) dla  trybu B z możliwością przeglądania w sposób  płynny z regulacją prędkości odtwarzania. | Min 7000 obrazów |  |
| 83. | Wewnętrzny dysk twardy aparatu przeznaczony  do archiwizacji badań | Min 500 GB typ SSD |  |
| 84. | Możliwość archiwizacji sekwencji ruchomych  (z pamięci CINE i w czasie badania - w czasie  rzeczywistym) i statycznych na dysku aparatu. | TAK |  |
| 85. | Nagrywarka DVD wbudowana w aparat. | TAK |  |
| 86. | Aktywne gniazdo USB do archiwizacji  obrazów statycznych oraz ruchomych na  przenośnej pamięci USB (Flash, Pendrive). | TAK |  |
| 87. | Yideoprinter czarno-biały małego formatu. | TAK |  |
| 88. | Możliwość podłączenia drukarki komputerowej  (atramentowej) do drukowania raportów z  badań 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 oraz  dystrybucję | Tak |  |
| 92. | Naprawy gwarancyjne realizowane przez  autoryzowany przez producenta oferowanego  urządzenia 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)