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 **usługę modernizacji systemu EndoAlpha z integracją z systemem CGM Clininet oraz dostawę urządzeń (serwer i 3 stacje robocze) dla Oddziału Endoskopowego Szpitala Zachodniego** w Grodzisku Mazowieckim, z dnia 20.11.2020 r. opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych pod nr 613617-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 30.12.2019** r..
    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 - 36 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 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.
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) ..........................................................................................

(6) ..........................................................................................

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

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. | Modernizacja systemu EndoAlpha | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Stacja robocza z monitorem | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Serwer | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Integracja z HIS | 1 |  |  |  |  |  |  |
| Razem : | | | | |  |  |  |  |

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

Podpis i pieczątka upoważnionego

Przedstawiciela Wykonawcy

**UWAGA : Jeżeli jakakolwiek nazwa nie będzie wyszczególniona w formularzu cenowym, a znajdzie się na fakturze nie będzie zapłacona**

**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 | ≥ 36 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: **usługę modernizacji systemu EndoAlpha z integracją z systemem CGM Clininet oraz dostawę urządzeń (serwer i 3 stacje robocze) dla Oddziału Endoskopowego Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim** 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)*

* + - 1. **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/54/U/20**

## Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego usługę modernizacji systemu EndoAlpha z integracją z systemem CGM Clininet oraz dostawę urządzeń (serwer i 3 stacje robocze) dla Oddziału Endoskopowego Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim 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 usługę modernizacji systemu EndoAlpha z integracją z systemem CGM Clininet oraz dostawę urządzeń (serwer i 3 stacje robocze) dla Oddziału Endoskopowego 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**

Zamówienie dotyczy rozbudowy istniejącego systemu diagnostyki endoskopowej w oparciu o posiadane przez Zamawiającego urządzenia diagnostyczne Olympus Exera oraz posiadane oprogramowanie EndoAlpha w wersji 13 (zgodnie z wykazem posiadanych urządzeń diagnostycznych i peryferyjnych – Załącznik nr 1 do OPZ).

Zamawiający wymaga integracji systemu EndoAlpha z posiadanym systemem HIS – Clininet (wersja: 2020.MS3.14 – stan na dzień ogłoszenia zamówienia) firmy Compu Group Medical Polska sp. z o.o. ul. Do Dysa 9, 20-149 Lublin. Całkowity koszt wdrożenia integracji oraz zapewnienia niezbędnych do tego celu licencji leży po stronie Wykonawcy.

Zamawiający udostępni infrastrukturę sieciową i zapewni odpowiednią ilość gniazd sieci LAN oraz adresów IP.

Zamawiający wymaga dostawy, instalacji i konfiguracji wszystkich elementów stanowiących przedmiot zamówienia zarówno w zakresie sprzętu jak i oprogramowania w tym urządzeń peryferyjnych, przetworników analogowo-cyfrowych, oprogramowania, sterowników i okablowania celem pełnej funkcjonalności i kompatybilności systemu EndoAlpha z urządzeniami i oprogramowaniem posiadanymi przez Zamawiającego oraz zapewnienia serwisu oprogramowania przez okres co najmniej 24 miesiące licząc od dnia odbioru w pełni funkcjonującego systemu. Serwis musi gwarantować pomoc telefoniczną oraz zdalną. Wykonawca musi zapewnić szkolenie personelu z nowej wersji oprogramowania w zakresie co najmniej 4 godzin dla 2 osób.

Zamawiający wymaga, aby cały dostarczony sprzęt został objęty gwarancją on-site przez okres co najmniej 24 miesięcy licząc od dnia odbioru w pełnie funkcjonującego systemu.

**Tabela 1. Wykaz zamawianych elementów systemu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Typ** | **Liczba (szt.)** |
| Modernizacja systemu EndoAlpha | 1 |
| Stacja robocza z monitorem | 3 |
| Serwer | 1 |
| Integracja z HIS | 1 |

**Tabela 2. Wymagania techniczne - Modernizacja systemu EndoAlpha**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **Wymagania** | **Potwierdzenie spełnienia wymagania i zakres świadczeń dodatkowych (jeżeli dotyczy)** |
| 1 | Aktualizacja oprogramowania EndoAlpha do najnowszej wersji wraz z licencjami:   1. 3 licencje dla stanowisk zabiegowych z przechwytywaniem obrazu, 2. 1 licencja na stanowisko opisowe. |  |
| 2 | Aplikacja musi działać w oparciu o środowisko bazodanowe MS SQL Server w wersji komercyjnej. |  |
| 3 | Interfejs programu w języku polskim. |  |
| 4 | Terminarz umożliwiający zapis pacjenta na badanie ręcznie lub z listy roboczej. |  |
| 5 | Elektroniczna historia pacjenta. Migracja bazy danych, opisów badań i obrazów z systemu funkcjonującego u Zamawiającego na nowy serwer. |  |
| 6 | Eksport wyników badań wraz z obrazami bezpośrednio na nośnik CD/DVD |  |
| 7 | Wyszukiwanie pacjentów według:   1. PESEL, 2. Nazwisko, 3. Imię, 4. Data urodzenia, 5. Nr księgi głównej. |  |
| 8 | Sterowanie rejestracją obrazów bezpośrednio z przycisków na głowicy endoskopu |  |
| 9 | Możliwość obsługi systemu endoultrasonograficznego (EUS) w tym rejestracji i archiwizacji zdjęć ultrasonograficznych. |  |
| 10 | Automatyczny transfer danych pacjenta na monitor zestawu endoskopowego |  |
| 11 | Automatyczny transfer informacji o serii i numerze podłączonego endoskopu z wideoprocesora do systemu archiwizacji. |  |
| 12 | Eksport opisów badań formatach co najmniej: PDF, TXT, XML. |  |
| 13 | Tworzenie dowolnych zestawień statystycznych, m.in. ilości wykonanych badań, ilości schorzeń, instytucjach kierujących |  |
| 14 | Eksport oraz import plików na/z pamięć(i) zewnętrznej USB w formatach co najmniej: BMP, JPG, PNG, PDF, TXT, XML. |  |
| 15 | Edycja obrazów przez nanoszenie warstwy z adnotacjami w postaci linii, strzałek, figur geometrycznych, tekstu, pomiarów planimetrycznych oraz edytor sekwencji wideo |  |
| 16 | Możliwość nagrywania notatek głosowych |  |
| 17 | Zaznaczanie na schemacie anatomicznym miejsca rejestracji zdjęcia, pobrania wycinków oraz możliwość bezpośredniego drukowania skierowania do laboratorium |  |
| 18 | Kontrola ilości badań wykonanych przez personel oraz endoskop |  |
| 19 | Tworzenie raportów z wyników badań w oparciu o bloki tekstowe z możliwością:   1. zapisu własnych opisów badań do późniejszego wykorzystania, edycji raportu, 2. importu procedur w formie plików \*.CSV (np.: do rozliczeń z NFZ, ICD10, ICD09), 3. załączenia zdjęć zarejestrowanych podczas badania drukowanych bezpośrednio na raporcie. |  |
| 20 | Tworzenie raportów z wyników badań w oparciu o gotową terminologię MST w języku Polskim dla dolnego i górnego odcinka pokarmowego oraz dróg żółciowych |  |

**Tabela 3. Wymagania techniczne - Stacja robocza z monitorem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa komponentu** | **Wymagania** | **Potwierdzenie spełnienia wymagania i zakres świadczeń dodatkowych (jeżeli dotyczy)** |
| 1 | Procesor | 1 procesor, Liczba rdzeni: 6, liczba wątków: 6, taktowanie bazowe min 2,9 GHz (4,1 GHz w trybie turbo), 9MB cache. |  |
| 2 | Płyta główna | 1. zgodna z oferowanym procesorem 2. BIOS UEFI z funkcją odzyskiwania 3. Serial ATA III (6 Gbit) 4. obsługa RAM maks 32 GB 5. 1 x PCI-Express 3.0 x16 6. 1 x PCI-Express 2.0 x4 7. 1 x PCI-Express x1 |  |
| 3 | Pamięć RAM | 8 GB DDR4 2666MHz |  |
| 4 | Karta graficzna | Wyjścia DVI-D, DisplayPort. Pamięć 64GB. Obsługa DX12, OpenGL 4.5. |  |
| 5 | Dyski twarde | Stacja wyposażona w minimum 2 dyski:   1. 256 GB SSD NVMe 2. 1 TB HDD SATA |  |
| 6 | Obudowa | Typ Tower |  |
| 7 | Napęd optyczny | DVD+/-R/RW |  |
| 8 | Porty zewnętrzne | 1. LAN 10/100/1000 Mbps, 2. 1 złącze typu COM DB9, RS232, 3. 6 portów USB 2.0, 4 porty USB 3.1, 4. audio przednie: słuchawki, mikrofon 5. audio tylne: wejście liniowe, wyjście liniowe |  |
| 9 | Karta przechwytująca obraz | Złącze S-Video mini DIN, przechwytywanie z jednego źródła |  |
| 10 | Monitor komputerowy | 1. przekątna 21,5’, 2. rozdzielczość: 1920 x 1080 px, 3. proporcje ekranu 16:9, 4. wejście: 1 x DVI-D, 1 x D-SUB. |  |
| 11 | Peryferia | Klawiatura US/European w układzie QWERTY, mysz optyczna. |  |
| 12 | Zasilacz | Sprawność minimum 85% |  |
| 13 | System operacyjny | Windows 10 pro |  |

**Tabela 4. Wymagania techniczne - Serwer**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Nazwa komponentu** | **Wymagania** | **Potwierdzenie spełnienia wymagania i zakres świadczeń dodatkowych (jeżeli dotyczy)** |
| 1 | Obudowa | 1U umożliwiająca montaż w szafie RACK, szyny montażowe w komplecie. |  |
| 2 | Procesor | 1 procesor, Liczba rdzeni: 6, liczba wątków: 12, taktowanie bazowe min 3,6 GHz (4,8 GHz w trybie turbo), 12MB cache. Z rodziny przeznaczonej do pracy z maszynami serwerowymi. |  |
| 3 | Dyski twarde | 2 x 2TB, SATA 7200 rpm, w konfiguracji RAID 1. |  |
| 4 | Pamięć RAM | 16GB DDR4 ECC |  |
| 5 | Kontroler RAID | Zintegrowany, obsługa minimum RAID 0/1/10 |  |
| 6 | Sieć LAN | 2 x 10/100/1000 Mb/s z obsługą iSCSI, PXE-Boot, WoL. |  |
| 7 | Gniazda rozszerzeń | 1 szt. PCI-Express 3.0 x4, 2 szt. PCI-Express x8. |  |
| 8 | Porty zewnętrzne | Minimum 5 x USB z czego co najmniej 4 szt. w standardzie USB 3.0,  1 x VGA, 1 x RS-232-C |  |
| 9 | Zarządzanie | Oddzielny port LAN 10/100/1000 Mb/s, oprogramowanie do zarządzania zapewniające co najmniej możliwość aktualizacji systemu (BIOS, oprogramowanie sprzętowe), monitorowanie wydajności i sprawności podzespołów, diagnostykę sprzętu. |  |
| 10 | Chłodzenie | Redundantne wentylatory hot-plug w konfiguracji co najmniej 4+1 |  |
| 11 | Zasilanie | 2 redundantne zasilacze hot-plug o mocy 450W |  |
| 12 | Bezpieczeństwo | Moduł TPM 2.0 |  |
| 13 | System operacyjny | Windows Server Standard 2016 |  |
| 14 | Dodatkowe oprogramowanie | Oprogramowanie bazodanowe MS SQL 2016, zgodne z wymaganiami systemu EndoAlpha. |  |

**Tabela 5. Wymagania techniczne - Integracja z HIS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **Wymagania** | **Potwierdzenie spełnienia wymagania i zakres świadczeń dodatkowych (jeżeli dotyczy)** |
| 1 | Komunikacja dwustronna z systemem CGM Clininet – zlecenie z Clininet realizowane w EndoAlpha, po wykonaniu wynik badania prezentowany w Clininet. |  |
| 2 | Protokoły HL7 i DICOM 3.0, PIK HL7 CDA |  |
| 3 | Możliwość podpisania wyniku w tym co najmniej opisu badania diagnostycznego endoskopowego wszystkimi z poniższych:  a) kwalifikowanym podpisem elektronicznym,  b) podpisem zaufanym (Profil Zaufany),  c) podpisem osobistym,  d) z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. |  |
| 4 | Możliwość indeksowania wyniku w tym co najmniej opisu badania diagnostycznego endoskopowego na Elektronicznej Platformie Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (tzw. „P1”). |  |
| 5 | Obsługa e-skierowań |  |
| 6 | Obsługa listy roboczej MWL |  |
| 7 | Archiwizacja obrazów na serwerze PACS |  |
| 8 | Obsługa zleceń lekarskich z Clininet w zakresie co najmniej:   1. statusów zlecenia (nowe, wykonane, anulowane, wynik, zmieniony wynik), 2. danych pacjenta, 3. wyników badania. |  |
| 9 | Zlecenie z Clininet do EndoAlpha bez konieczności ponownego uzupełniania danych pacjenta po stronie EndoAlpha. Realizacja zlecenia z listy roboczej MWL. |  |
| 10 | Komunikacja dwustronna, odwzorowanie listy roboczej MWL i edytowalne okna umożliwiające generowanie i drukowanie wyniku badania diagnostycznego endoskopowego zawierającego co najmniej:  **I. Moduł zaczytywany automatycznie:**   * 1. oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:      1. nazwisko i imię (imiona),      2. datę urodzenia,      3. oznaczenie płci,      4. adres miejsca zamieszkania,      5. numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,      6. w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania,   2. oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych,   3. oznaczenie podmiotu kierującego,   4. oznaczenie lekarza kierujący na badanie (imię, nazwisko, nr PWZ),   5. nr ID pacjenta,   6. nr badania,   7. nr w Księdze Pracowni,   8. nr księgi oddziałowej jeżeli dotyczy,   9. nr księgi Głównej jeżeli dotyczy,   10. datę sporządzenia.   **II. Moduł edytowalny:**   1. opis badania diagnostycznego endoskopowego (możliwość zapisu własnych opisów badań do późniejszego wykorzystania, edycji raportu), 2. zarejestrowana podczas badania i wybrana dokumentacja zdjęciowa, 3. lekarz wykonujący badanie (imię, nazwisko, nr PWZ) – wybór z listy, 4. lekarz odpowiedzialny za wynik (imię, nazwisko, nr PWZ) – wybór z listy; 5. pielęgniarka endoskopowa 1 (imię, nazwisko, nr PWZ) – wybór z listy, 6. pielęgniarka endoskopowa 2 (imię, nazwisko, nr PWZ) – wybór z listy, 7. lekarz asystujący (imię, nazwisko, nr PWZ) – wybór z listy, 8. lekarz anestezjolog (imię, nazwisko, nr PWZ) – wybór z listy, 9. pielęgniarka anestezjologiczna (imię, nazwisko, nr PWZ) – wybór z listy, 10. czas ekspozycji radiologicznej (opcjonalnie w opisie badania diagnostycznego endoskopowego), 11. dawka promieniowania rentgenowskiego (opcjonalnie w opisie badania diagnostycznego endoskopowego), 12. typ i numer podłączonego endoskopu – automatyczny transfer informacji z procesora wideo do systemu archiwizacji, 13. kod procedury według ICD-9 – wybór z listy, 14. kod jednostki chorobowej według ICD-10 – wybór z listy, 15. możliwość autoryzacji hasłem i loginem systemu CGM Clininet. |  |
| 11 | Podgląd obrazu badania z poziomu Clininet. |  |