|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRZENOŚNY APARAT ULTRASONOGRAFICZNY – 1 szt.** | | | | | | | | |
| **PARAMETRY OGÓLNE/KONSTRUKCYJNE/KONFIGURACYJNE** | | | | | | | | |
| L.p. | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | | **WARTOŚĆ**  **WYMAGANA\*\***  **TAK / PODAĆ** | | | **OPIS PARAMETRU OFEROWANEGO** | | |
|  | Wykonawca / Producent | | PODAĆ | | |  | | |
|  | Nazwa, typ i model urządzenia | | PODAĆ | | |  | | |
|  | Kraj pochodzenia | | PODAĆ | | |  | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min: – 2021 | | TAK/PODAĆ | | |  | | |
|  | Oferowane urządzenie posiada dokumenty dopuszczające do obrotu na terenie RP i spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679, ze zm.) (certyfikat CE,) | | TAK | | |  | | |
|  | Aktualizacje oprogramowania przy przeglądach technicznych | | TAK | | |  | | |
|  | Aparat o konstrukcji tabletowej, ultramobilny, z możliwością przypięcia głowic poprzez port USB wbudowany w tablet | | TAK | | |  | | |
|  | Technologia pracy cyfrowa, szerokopasmowy układ formowania wiązki | | TAK | | |  | | |
| 9. | Zakres możliwych do zastosowania częstotliwości pracy min. Od 1 MHz (określony zakresem częstotliwości głowic pracujących z zestawem) | | TAK | | |  | | |
| 10. | Liczba niezależnych kanałów przetwarzania wynosząca min. 65 000 | | TAK | | |  | | |
| 11. | Dynamika systemu min 170 dB | | TAK | | |  | | |
| 12. | Czas pracy zestawu przy zasilaniu z wbudowanego akumulatora po wyłączeniu urządzenia z prądu minimum 120 minut | | TAK | | |  | | |
| 13. | Zasilanie głowicy ultrasonograficznej z wbudowanego w urządzenie obrazujące akumulatora | | TAK | | |  | | |
| 14. | Masa zestawu wraz ładowarką do 2 kg. | | TAK | | |  | | |
| **FUNKCJE UŻYTKOWE** | | | | | | | | |
| 15. | Głębokość penetracji/obrazowania 2D (B-mode) regulowana przez dotyk za pomocą wirtualnej rolki | | TAK | | |  | | |
| 16. | Jasności (Gain) regulowana przez dotyk za pomocą wirtualnej rolki | | TAK | | |  | | |
| 17. | Częstotliwość odświeżania obrazu („framerate") w trybie 2D (B-mode) min. 75 obrazów/sekundę | | TAK | | |  | | |
| 18. | Funkcja redukująca szumy adaptacyjne i artefakty w obrazowaniu 2D | | TAK | | |  | | |
| 19. | Złożone obrazowanie wielokierunkowe badanych struktur w czasie rzeczywistym wysyłanie przez te same kryształygłowicy kilku wiązek ultradźwiękowych pod różnymi kątami) | | TAK | | |  | | |
| 20. | Funkcja automatycznej ciągłej optymalizacji obrazu B-Mode (ustawienie jasności, kontrastu obrazu i kompensacji wzmocnienia głębokościowego TGC), niewymagająca od użytkownika ręcznego uruchamiania. | | TAK | | |  | | |
| 21. | Funkcja obrazowania w trybie pełnego ekranu (fullscreen) | | TAK | | |  | | |
| 22. | Funkcja pomiaru odległości w trybie 2D, pola powierzchni | | TAK | | |  | | |
| 23. | System archiwizacji umożliwiający zapis sekwencji obrazów statycznych i ruchomych zintegrowany z aparatem oparty na wbudowanym dysku twardym o pojemności: min. 64GB z możliwością eksportowania danych na nośniki przenośne w formatach kompatybilnych z systemem Windows oraz DICOM | | TAK | | |  | | |
| **TRYBY OBRAZOWANIA** | | | | | | | | |
|  | | **OPIS PARAMETRÓW** | | **WARTOŚĆ WYMAGANA\*\*** | | | **OPIS PARAMETRU OFEROWANEGO** | |
| 24. | | Tryby pracy min: B-mode (2D), Doppler Kolorowy (CD) z regulacją wielkości okna, M-mode | | TAK | | |  | |
| 25. | | Obrazowanie w częstotliwości II harmonicznej | | TAK | | |  | |
| 26. | | Minimum 2 prędkości przepływu kolorowego Dopplera (CD) wybierane przez użytkownika | | TAK | | |  | |
| **GŁOWICA ULTRASONOGRAFICZNA** | | | | | | | | |
| L.p. | **OPIS PARAMETRÓW** | | | | **WARTOŚĆ WYMAGANA\*\*** | | | **OPIS PARAMETRU OFEROWANEGO** |
| 27. | Szerokopasmowa elektroniczna głowica sektorowa do badań kardiologicznych, ginekologiczno-położniczych, brzusznych, płucnych i FAST z wymiennym kablem USB -1 szt. | | | | TAK, podać | | |  |
| 28. | Częstotliwość pracy głowicy w zakresie min. od 1.0 MHz do 4.0 MHz (+/- 1MHz) | | | | TAK, podać | | |  |
| 29. | Liczba elementów w głowicy min. 64 | | | | TAK, podać | | |  |
| 30. | Kąt pola penetracji głowicy min. 90 stopni | | | | TAK, podać | | |  |
| 31. | Obrazowanie w częstotliwości II harmonicznej, 2D, Kolor Doppler, M-Mode | | | | TAK | | |  |
| 32. | Kompatybilna z dostarczonym podręcznym urządzeniem obrazującym/czytnikiem (typu tablet) | | | | TAK, podać | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 33. | Możliwość rozbudowy o szerokopasmową elektroniczną głowicę liniową do badań naczyniowych, mięśniowo-szkieletowych, płucnych, tkanek miękkich, narządów położonych powierzchniowo z wymiennym kablem USB Częstotliwość pracy głowicy w zakresie min. od 4.0 MHz do 13.0 MHz (+/- 1MHz)  Liczba elementów w głowicy min. 128  Szerokość czoła głowicy min. 34mm  Obrazowanie w częstotliwości II harmonicznej, 2D, Kolor Doppler, M-Mode  Kompatybilna z dostarczonym podręcznym urządzeniem obrazującym/czytnikiem (typu tablet) | | TAK, podać | |  |
| 34. | Możliwość rozbudowy o szerokopasmową, elektroniczną głowicę konweksową do badań jamy brzusznej, ginekologiczno-położniczych, urologicznych i płucnych z wymiennym kablem USB Częstotliwość pracy głowicy w minimalnym zakresie od 2.0 MHz do 6.0 MHz (+/- 1MHz)  Liczba elementów w głowicy min. 128  Kąt pola penetracji głowicy min. 67 stopni Obrazowanie w częstotliwości II harmonicznej  Obrazowanie min. 2D, Kolor Doppler, M-Mode Kompatybilna z dostarczonym podręcznym urządzeniem obrazującym/czytnikiem (typu tablet) | | TAK, podać | |  |
| **URZĄDZENIE OBRAZUJĄCE** | | | | | |
| L.p. | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA\*\*** | | **OPIS PARAMETRU OFEROWANEGO** | |
| 35. | Konstrukcja przenośna - w formie urządzenia podręcznego (typu tablet) | TAK | |  | |
| 36. | Konstrukcja umożliwiająca podłączenie głowic poprzez port USB | TAK | |  | |
| 37. | Ekran dotykowy o przekątnej ekranu 10 cali o rozdzielczości min: 1920 x 1200 | TAK | |  | |
| **OPROGRAMOWANIE** | | | | | |
| L.p. | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA\*\*** | | **OPIS PARAMETRU OFEROWANEGO** | |
| 38. | Aplikacja dostępne do pobrania z platformy internetowej będąca oprogramowaniem ultra- sonograficznym kompatybilnym z systemem operacyjnym Android | TAK | |  | |
| 39. | Aplikacja z funkcją eksportu danych i transmisji sieci komputerowej w standardzie DICOM 3.0 | TAK | |  | |
| 40. | Oprogramowanie do badań:  - jamy brzusznej  - ginekologiczno-położniczych  - urologicznych  - płuc  - naczyniowych  - mięśniowo-szkieletowych  - tkanek miękkich  - narządów położonych powierzchniowo  - kardiologicznych | TAK | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** | | | |
| L.p. | **OPIS PARAMETRÓW** | **WARTOŚĆ WYMAGANA\*\*** | **OPIS PARAMETRU OFEROWANEGO** |
| 41. | Pełna gwarancja na urządzenia liczona od dnia dokonania odbioru przedmiotu zamówienia) minimum 24 m-ce | TAK |  |
| 42. | W czasie trwania gwarancji wszystkie wymagane przeglądy oraz naprawy wykonywane bezpłatnie w siedzibie zamawiającego na koszt dostawcy | TAK |  |
| 43. | Gwarancja dostępności części zamiennych min. 5 lat | TAK |  |
| 44. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie max 2 dni robocze, zgłoszenie awarii telefoniczne potwierdzone wiadomością za pomocą poczty elektronicznej | TAK |  |
| 45. | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni, dostawca dostarczy na czas naprawy urządzenie o tych samych parametrach na własny koszt | TAK |  |
| **WARUNKI DODATKOWE** | | | |
| L.p. | **OPIS** | **WARTOŚĆ WYMAGANA\*\*** | **OPIS PARAMETRU OFEROWANEGO** |
| 46. | Założenie i wypełnienie paszportów technicznych – wraz z dostawą | TAK |  |
| 47. | Instrukcje obsługi w języku polskim w wersji papierowej oraz elektronicznej wraz z kodami dostępu do oprogramowania- dostarczone wraz z urządzeniami | TAK |  |
| 48. | Dostawa, montaż oraz szkolenie personelu na koszt dostawcy wraz z dojazdem | TAK |  |
| 49. | Certyfikat/świadectwo dopuszczenia do użytkowania w placówkach medycznych na terenie RP | TAK |  |
| Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny – lokalizacja: | | | |
| Pełna nazwa serwisu: .……………………………………………………………………………………………………………  Adres: …………………………………………………………………………………………………………………………….  Nr telefonu: ………………………………………………………………………………………………………………………  Adres e-mail: …………………………………………………………………………………………………………………….. | | | |

**\*\*UWAGA!!! Wszystkie parametry/warunki wartości wymaganych i oznaczone „TAK, TAK/podać” w powyższych tabelach są parametrami bezwzględnie wymaganymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenia są kompletne a po zainstalowaniu i uruchomieniu będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych.

Oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełniania wymaganych parametrów, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane urządzenia:

- jest fabrycznie nowy, rok produkcji 2021,

- spełnia określone powyżej wymagania oraz wymagania wynikające z treści Zapytania ofertowego.