**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (PAKIET NR 4) ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SIWZ**

**Aparat USG w projekcji B**

**(1 sztuka dla Oddziału Okulistycznego)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ultrasonograf okulistyczny B-scan**  Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji 2019 r., gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Rozdzielczość: min. HD (High Definition) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Kąt skanowania minimum 600 | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Kompaktowe wymiary urządzenia | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Współpraca z komputerem stacjonarnym lub przenośnym | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Sonda do projekcji B o dwóch częstotliwościach i różnej głębokości skanowania 12 Mhz (30 i 60 mm) / 15 Mhz (50 i 100 mm) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Projekcja B o rozdzielczości osiowej minimum 0,015 mm i rozdzielczości poprzecznej minimum 0,085 mm | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Obraz w rozdzielczości nie mniejszej niż 800x600 | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Zakres wzmocnienia sygnału (GAIN) od 0 do 112 dB | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ogniskowa- 22 mm (+/- 5 %) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Zapętlona sekwencja video min. od 2 do min. 17 sekund | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Regulowane wzmocnienie przednie (T.G.C) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zoom w projekcji w czasie rzeczywistym, w skanach przechowywanych min. od 1x do min. 8x | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Funkcja nałożenia wektora A | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość pomiaru min. 2 x odległość i min. 2 x powierzchnia | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Możliwość pomiaru min. 2 x kąty i min. 2 x wskaźniki | Opcjonalnie | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Przełącznik nożny | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o sondy A i UBM | Opcjonalnie | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Drukarka videoprinter z wejściem USB | TAK | TAK/NIE\* |
|  | W zestawie: Komputer stacjonarny lub komputer przenośny (laptop) gotowy do użytkowania z aparatem USG, bez dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK | TAK/NIE\* |
| **Pozostałe wymagania** | | | |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:**   * Certyfikat CE / Deklaracja zgodności CE, Zgłoszenie / Przeniesienie / Wpis do rejestru wyrobów medycznych, * Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie * Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia sprzętu – przy dostawie | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | **GWARANCJA, SZKOLENIE I SERWIS:**   1. Szkolenie z obsługi urządzenia i serwis gwarancyjny realizowany przez autoryzowany serwis producenta lub przez pracownika posiadającego uprawnienia nadane przez producenta do wykonywania napraw i przeglądów serwisowych. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Autoryzowane punkty serwisowe (podać adres i telefon, co najmniej jednego punktu). | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Maksymalna ilość napraw gwarancyjnych tego samego elementu, po których dany element zostanie wymieniony na nowy, wolny od wad: 3 naprawy gwarancyjne | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
| 1. Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia przeglądów serwisowych oferowanego wyposażenia w okresie trwania gwarancji, które zostały wliczone w cenę oferty (obejmujących dojazd i robociznę), które zapewnią prawidłowe funkcjonowanie wyposażenia zgodnie z zaleceniami producenta, przy czym Zamawiający wymaga, by pierwszy przegląd został dokonany maksymalnie po upływie roku od momentu zakupu. Następny przegląd – zgodnie z zaleceniami producenta. Zamawiający wymaga, w przypadku gdy kolejny przegląd zgodnie z zaleceniami producenta wypada już poza okresem gwarancji, by Wykonawca przeprowadził taki przegląd przed upływem terminu gwarancji (np. przed upływem kolejnego, drugiego roku gwarancji, jeżeli gwarancja wynosi 2 lata). | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |
| 1. Paszport techniczny (karta techniczna) będzie dostarczona wraz z urządzeniami, przy czym zawierać będzie (minimum) poniższe dane:  * nazwa urządzenia pozwalająca zidentyfikować przeznaczenie urządzenia, * nazwa producenta, * typ urządzenia i numer seryjny, * data rozpoczęcia eksploatacji.   W części ww. dokumentu dotyczącej remontów, napraw i badań stanu technicznego powinny znaleźć się zapisy dokumentujące:   * uruchomienie urządzenia, przeprowadzenie testu, * poświadczenie, że urządzenie jest sprawne i bezpieczne w użytkowaniu, * datę wykonania powyższych czynności, * datę, do której powinien zostać wykonany następny okresowy przegląd techniczny urządzenia. | TAK | TAK/NIE\*,  podać………….. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:** W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy