Załącznik nr 3 do SIWZ

 Załącznik nr 1 do umowy TZ.372.10.2.2020

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY- Zadanie nr 2**

1. Przedmiot zamówienia:

**Aparat USG do wkłuć centralnych – 1 szt.**

1. Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane w niniejszej tabeli.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | PARAMETR/FUNKCJA/WARUNKI | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| **I** | **Aparat USG do wkłuć centralnych USG – 1 szt.** |
|  | Urządzenie typ, model | Podać |  |
|  | Producent/ Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji  | 2020 |  |
|  | Oznakowanie CE | Tak |  |
| **Parametry techniczne** |
|  | Zasilanie (230V; 50Hz) | Tak |  |
|  | Aparat USG do wkłuć centralnych, nakłuć żył, malformacji , trudnych nakłuć naczyń, prowadzenie igły |  |  |
|  | Wbudowany akumulator pozwalający na ciągła pracę aparatu bez stałego źródła zasilania przez min. 40 minut | Tak |  |
|  | Waga aparatu z akumulatorem oraz stacją DVD maks. 9,0 kg | Tak, podać |  |
|  | Rączka/uchwyt do przenoszenia aparatu bez torby | Tak |  |
|  | Wózek do oferowanego aparatu z min. 3 aktywnymi portami do podłączenia głowic obrazowych (replikator portów), z regulacją góra/dół, wieszakami na głowice oraz wyposażony w cztery skrętne kółka i videoprinter czarno-biały | Tak |  |
|  | Dynamika aparatu min. 170 dB | Tak |  |
|  | Głębokość obrazowania w zakresie od 2 do 30 cm lub szerszy zakres minimalna wartość zakresu nie większa niż 2 cm | Tak, podać |  |
|  | Maksymalna częstotliwość odświeżania (Frame Rate) dla obrazu 2D min. 750 obrazów/s | Tak, podać |  |
|  | Liczba kanałów przetwarzania, min. 50 000 | Tak |  |
|  | Zakres stosowanych częstotliwości pracy od 1 do 13 MHz | Tak |  |
|  | Monitor kolorowy LCD o przekątnej ekranu min. 15 cali | Tak |  |
|  | Rozdzielczość monitora, min. 1400 x 1050 pixel | Tak |  |
|  | Min. 6 suwaków/regulatorów wzmocnienia głębokościowego wiązki TGC | Tak |  |
|  | Regulacja wzmocnienia poprzecznego wiązki ultradźwiekowej | Tak |  |
|  | Liczba aktywnych gniazd do podłączania głowic obrazowych w aparacie min. 1 | Tak |  |
|  | **Tryby pracy aparatu:** | Tak |  |
|  | Tryb B (2D**)** | Tak |  |
|  | Powiększenie obrazu zamrożonego oraz obrazu w czasie rzeczywistym min. 7x | Tak |  |
|  | Automatyczna optymalizacja parametrów obrazu 2D (min. wzmocnienie i TGC) do aktualnie badanego obszaru przy pomocy jednego klawisza | Tak |  |
|  | Praca w trybie wielokierunkowego nadawania i odbierania wiązki ultradźwiękowej z min. 8 kątami ugięcia wiązki. | Tak  |  |
|  | Możliwość obracania obrazu lewo-prawo, góra-dół | Tak |  |
|  | Tryb M – mode | Tak, podać |  |
|  | Kolorowy Doppler w M-mode | Tak |  |
|  | M-mode anatomiczny | Tak, podać |  |
|  | Tryb Doppler Kolorowy | Tak |  |
|  | Jednoczesne wyświetlanie na ekranie dwóch obrazów w czasie rzeczywistym typu 2D + 2D i doppler kolorowy (mocy) | Tak |  |
|  | Możliwość porównania na ekranie dwóch obrazów: jednego rzeczywistego drugiego odtworzonego z dysku trwałego | Tak |  |
|  | Tryb spektralny Doppler pulsacyjny (PW) | Tak |  |
|  | PW - minimalna prędkość 800 cm/s (przy zerowym kącie bramki), | Tak |  |
|  | regulacja bramki PW min. 1 – 15 mm - podać | Tak |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu PW przy pomocy jednego klawisza (min.: dopasowanie linii bazowej, PRF) | Tak |  |
|  | Uchylność bramki dopplerowskiej min. +/- 20 º | Tak |  |
|  | Kolor Doppler; prędkość >= 400 cm/s | Tak, podać |  |
|  | Tryb spektralny Doppler z falą ciągłą (CW)(Rejestrowane prędkości maksymalne przy zerowym kącie bramki min. 18 m/s) | Tak |  |
|  | Sterowany pod kontrolą obrazu 2D | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o Tryb 3D w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o obrazowanie 3D serca w czasie rzeczywistym z głowicy przezprzełykowej, wykonanej w technologii matrycowej o min. 2000 elementach | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o tryb jednoczesnej wizualizacji w czasie rzeczywistym minimum dwóch niezależnych płaszczyzn na głowicy przezprzełykowej, w trybie B oraz Doppler kolorowy. | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o kolorowe odwzorowanie przepływów w postaci przestrzennej, ruchomej, trójwymiarowej bryły (3D kolor) | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcja wykonywania pomiarów na obrazie 3D, min. odległość punkt-punkt, długość obrysu, pole powierzchni. | Tak |  |
|  | **Głowice** | Tak |  |
|  | **Głowica sektorowa z obrazowaniem harmonicznym do badań serca przezklatkowych.** | Tak |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy od 1 do 4 MHz lub szerszy zakres przy czy min. wartość zakresu nie większa niż 1,4 MHz | Tak |  |
|  | Ilość elementów min. 64. | Tak |  |
|  | Kąt pola skanowania min. 90° | Tak |  |
|  | **Głowica liniowa do badań naczyniowych** | Tak |  |
|  | Częstotliwość pracy min. od 3 do 11 MHz (± 1 MHz), Ilość elementów min. 150Długość płaszczyzny skanowania max 40 mm | Tak |  |
|  | **Pakiety obliczeniowe/raporty:** | Tak |  |
|  | Pełny pakiet obliczeniowy kardiologiczny dla dorosłych. | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o pakiet badań stress echo | Tak |  |
|  | Automatyczne obrysowanie i wyznaczanie parametrów (min. RI, PI, S, D) widma dopplerowskiego w czasie rzeczywistym na ruchomym spektrum oraz po zamrożeniu obrazu | Tak |  |
|  | Prezentacja na ekranie przebiegu EKG pacjenta | Tak |  |
|  | Raporty dla każdego rodzaju i trybu badania mogące zawierać własne komentarze Użytkownika oraz obrazy | Tak |  |
|  | Archiwizacja raportów na dysku CD/DVD-R/RW i dysku twardym aparatu w formatach min. BMP lub JPEG , AVI, DICOM - podać | Tak |  |
|  | Pamięć dynamiczna obrazu (CINE LOOP) dla trybu B z możliwością przeglądu w sposób płynny z regulacja prędkości odtwarzania min. 1000 obrazów | Tak |  |
|  | Wewnętrzny dysk twardy aparatu przeznaczony do archiwizacji badań min. 160 GB | Tak |  |
|  | Możliwość archiwizacji sekwencji ruchomych i statycznych na dysku aparatu | Tak |  |
|  | Napęd dysków DVD do zapisu obrazów, pętli obrazowych i raportów z badania | Tak |  |
|  | Aktywne gniazdo USB do archiwizacji obrazów statycznych oraz ruchomych na przenośnej pamięci USB (Flash, Pendrive) | Tak |  |
|  | Oprogramowanie do przesyłania obrazów i danych zgodnych z standardem DICOM 3 (Dicom send, Dicom, Print, Modality Worklist, Dicom SR) | Tak |  |
|  | Oprogramowanie wraz z pakietem pomiarowym do badań kardiologicznych oraz naczyniowych | Tak |  |
| **Informacje dodatkowe** |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące max. 60 miesięcy** | **Tak, podać** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny, karta gwarancyjna oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów wraz z dostawą  | Tak, z dostawą |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | Tak |  |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | Podać |  |
|  | Koszt przeglądu po okresie gwarancyjnym. | Podać |  |

**\*w rubryce „oferowana wartość” wykonawca powinien zamieścić właściwe: oświadczenie „TAK” lub podać wielkość, zakres parametru albo opisać daną właściwość, cechę, funkcję, parametr, itp.**

1. Wykonawca oświadcza, że dostarczony zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania
w polskich zakładach opieki zdrowotnej.
2. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa***netto* | **Wartość** *netto**6=4x5* | **Stawka VAT***%* | **Cena jednostkowa***brutto**8=5+7* | **Wartość** *brutto* | Uwagi |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **I** | Aparat USG do wkłuć centralnych, | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  |  | x |  |  |

Wykonawca oferuje realizację przedmiotu zamówienia za cenę **………………………………. złotych**, słownie złotych……………………………………… .

……………………………., dnia ………………. r.

 ……………………………………

 podpis osoby lub osób upoważnionych

 do reprezentowania wykonawcy