| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  (wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Głowica endowaginalna kompatybilna z aparatem USG Philips SPARQ – 1 szt.**  Oferowany model: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji………………………………………………….. | | | |
|  | Głowica endowaginalna do aparatu USG PHILIPS SPARQ | TAK, podać |  |
|  | Szerokopasmowa głowica endowaginalna do badań ginekologicznych | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość pracy głowicy w zakresie od 4.0 MHz do 9.0 MHz | TAK, podać |  |
|  | Liczba elementów głowicy 128 | TAK, podać |  |
|  | Kąt pola skanowania głowicy 150 stopni | TAK, podać |  |
|  | Obrazowanie w częstotliwości II harmonicznej, 2D, Kolor Doppler, Color Power Angio, PW Doppler, | TAK, podać |  |
|  | Doposażenie posiadanego aparatu SPARQ o opcję kliniczną badań ginekologicznych | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
|  | Głowica fabrycznie nowa kompatybilna z posiadanym aparatem USG Philips SPARQ | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |  |  |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim/jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:  a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/  b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia informacji niezbędnych do wypełnienia paszportu technicznego urządzenia | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wykonane w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne / jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w  oferowanej konfiguracji.

…………………………………..

Podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania Wykonawcy