**Załącznik nr 8 do SWZ – Opis przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**(wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Cyfrowy aparat RTG – zestaw**Oferowany model: Producent: Rok produkcji:  |  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |  |
|  | Dokumenty, potwierdzające dopuszczenie wyrobu medycznego do obrotu lub używania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych oraz aktów wykonawczych do ustawy, tj. :* deklaracja zgodności z dyrektywą 93/42/EEC - wspólna deklaracja dla wszystkich elementów wymienionych w pkt 3
* certyfikat zgodności wydany przez jednostkę notyfikowaną (jeśli zgodnie z przepisami prawa certyfikacja dotyczy wyrobu medycznego),
* dokument potwierdzający dokonanie zgłoszenia wyrobu do Rejestru Wyrobów Medycznych oraz innymi obowiązującymi przepisami prawa,
* deklaracja zgodności z dyrektywą 2011/65/EU, (jeśli dotyczy).

*Wykonawca obowiązany jest dołączyć powyższe dokumenty do oferty, jako przedmiotowy środek dowodowy.* | TAK, podać |  |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy – rok produkcji min. 2022 roku.Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondycjonowanych, demonstracyjnych, itp. | TAK, podać |  |  |
|  | Podstawowe elementy urządzenia jak: stół, statyw płucny, zawieszenie lampy, generator, od jednego producenta. | TAK, podać |  |  |
| **Sufitowy statyw lampy RTG** |  |
|  | Statyw z lampą mocowany na suficie. | TAK, podać |  |  |
|  | Zakres ruchu wózka kolumną lampy – wzdłuż: ≥ 300 [cm]. | TAK, podać |  |  |
|  | Zakres ruchu wózka z kolumną lampy – poprzecznie: ≥ 190 [cm]. | TAK, podać |  |  |
|  | Zakres pionowego ruchu lampy ≥ 160 [cm] (kolumny) | TAK, podać |  |  |
|  | Zakres obrotu lampy wokół osi pionowej ≥ 330 []. | >335 [] – 5 pkt330-335 [] – 0 pkt |  |  |
|  | Zakres obrotu lampy wokół osi poziomej ≥ 270 []. | >280[] – 5 pkt270-280 []– 0 pkt |  |  |
|  | Wielofunkcyjny, dotykowy panel LCD zlokalizowany na kołpaku umożliwiający odczyt i ustawianie parametrów ekspozycji. | TAK, podać |  |  |
|  | Wielkość dotykowego panelu na kołpaku lampy ≥ 9 [ˮ]. | TAK, podać |  |  |
|  | Modyfikacja parametrów ekspozycji: kV, mAs lub mAi ms bezpośrednio z dotykowego panelu sterującego usytuowanego na kołpaku lampy RTG. | TAK, podać |  |  |
|  | Wyświetlanie odległości SID. | TAK, podać |  |  |
|  | Wyświetlacz kąta lampy zlokalizowany na kołpaku lampy. | TAK, podać |  |  |
|  | Automatyczny ruch nadążny lampy zgodnie z pionowym ruchem uchwytu z detektorem na statywie do zdjęć odległościowych oraz ruchem pionowym blatu stołu. | TAK, podać |  |  |
|  | Panel zdalnego autopozycjonowania lampy RTG. | TAK, podać |  |  |
|  | Wszystkie ruchy zmotoryzowane (w pionie, poziomie, obrót lampy). | TAK, podać |  |  |
|  | Funkcja autocentrowania, autopozycjonowaniai nadążliwości lampy za ruchem detektora w stolei w stojaku. | TAK, podać |  |  |
| **Lampa RTG** |  |
|  | Wielkość ogniska małego ≤ 0,6 [mm](Zgodnie z IEC 60336). | TAK, podać |  |  |
|  | Wielkość ogniska dużego ≤ 1,2 [mm](Zgodnie z IEC 60336). | TAK, podać |  |  |
|  | Nominalna moc małego ogniska ≥ 30 [kW]. | TAK, podać |  |  |
|  | Nominalna moc dużego ogniska ≥ 75 [kW]. | TAK, podać |  |  |
|  | Pojemność cieplna anody ≥ 300[kHU]. | ≥400kHU – 5 pkt400>*Pojemność cieplna* ≥300kHU – 0 pkt |  |  |
|  | Szybkość chłodzenia anody ≥ 60 [kHU/min]. | TAK, podać |  |  |
|  | Pojemność cieplna kołpaka lampy RTG ≥ 1,3 [MHU]. | TAK, podać |  |  |
|  | Anoda szybkoobrotowa, szybkość wirowania anody ≥ 9000 [obr./min]. | ≥10 000 obr/min- 5 pkt10 000 > *szybkość wirowania anody* ≥ 9000 [obr./min]. – 0 pkt |  |  |
|  | Miernik dawki na stałe wbudowany w kolimator lampy RTG lub kalkulator dawki. | TAK, podać |  |  |
|  | Kolimator ze świetlnym symulatorem pola ekspozycjii celownikiem laserowym. | TAK, podać |  |  |
|  | Automatycznie zmieniane filtry w kolimatorzew zależności od programów anatomicznych min. 3 filtry. | TAK, podać |  |  |
| **GENERATOR RTG** |  |
|  | Generator wysokiej częstotliwości. | TAK, podać |  |  |
|  | Częstotliwość pracy generatora ≥100 kHz | TAK, podać |  |  |
|  | Moc generatora ≥ 80 [kW] (zgodnie z normą IEC 601). | TAK, podać |  |  |
|  | Min prąd w radiografii ≤ 10 [mA] | TAK, podać |  |  |
|  | Max prąd w radiografii ≥ 800 [mA]. | ≥ 1000 mA – 5 pkt1000mA> *max prąd* ≥ 800mA – 0 pkt |  |  |
|  | Zakres minimalny mAs (0,1-1000) [mAs] | TAK, podać |  |  |
|  | Zakres napięć w radiografii ≥ (40–150)[kV]. | TAK, podać |  |  |
|  | Najkrótszy czas ekspozycji ≤ 1 [ms]. | TAK, podać |  |  |
|  | Najdłuższy czas ekspozycji ≥ 9 [s]. | TAK, podać |  |  |
| **Statyw do zdjęć odległościowych** |  |
|  | Statyw mocowany do podłogi lub ruchomy. | TAK, podać |  |  |
|  | Minimalna możliwa odległość środka detektora, liczącod podłogi ≤ 30 [cm].  | TAK, podać |  |  |
|  | Maksymalna możliwa odległość środka detektora, licząc od podłogi > 170 [cm]. | TAK, podać |  |  |
|  | Układ AEC w statywie, min. 3 komory. | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość wyciągania i wymiany kratki bez pomocy narzędzi. | TAK, podać |  |  |
|  | Pochłanialność płyty statywu – ekwiwalent Al ≤ 0,7 mm Al. | <0,5 mm Al. – 5 pkt 0,5 mm Al – 0,7 mm Al - 0 pkt. |  |  |
|  | Uchwyty boczne i uchwyt górny ułatwiający zdjęciaw projekcjach PA i bocznych. | TAK, podać |  |  |
|  | Dodatkowy statyw do obrazowania kości długichw pozycji pionowej z uchwytami pacjenta. | TAK, podać |  |  |
|  | Ruch detektora w pionie zmotoryzowany. | TAK, podać |  |  |
|  | Badanie kości długich w trybie automatycznym; zmotoryzowany obrót lampy z zsynchronizowanyze zmotoryzowanym ruchem statywu kostno-płucnego. | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość ładowania detektora w statywie. | TAK, podać |  |  |
| **Detektor W STATYWIE**  |  |
|  | Detektor mobilny. | TAK, podać |  |  |
|  | Wymiary pola aktywnego detektora ≥ (42x42) [cm]. | TAK, podać |  |  |
|  | Ilość pikseli ≥ 9 mln. | ≥ 10 mln –5 pkt10 mln > *ilość pikseli* ≥ 9 mln – 0 pkt |  |  |
|  | Rozmiary piksela ≤ 140 [µm]. | TAK, podać |  |  |
|  | Głębokość akwizycji ≥ 14 [bit]. | ≥ 16 bit – 5 pkt16 bit> *głębokość akwizycji* ≥ 14 bit – 0 pkt |  |  |
|  | DQE dla 0,0 pl/mm ≥ 60 %. | TAK, podać |  |  |
|  | Rozdzielczość detektora [pl/mm] ≥ 3,3 [pl/mm]. | ≥ 4,0 pl/mm – 5 pkt4,0pl/mm> *rozdzielczość* ≥ 3,3 pl/mm – 0 pkt |  |  |
|  | Materiał warstwy scyntylacyjnej – jodek cezu (CsI) . | TAK, podać |  |  |
|  | Wodoodporność detektora –klasa min. IPX4. | TAK, podać |  |  |
| **STÓŁ RTG** |  |
|  | Stół z pływającym płaskim blatem. | TAK, podać |  |  |
|  | Długość blatu stołu ≥ 220 [cm]. | TAK, podać |  |  |
|  | Szerokość blatu stołu ≥ 75 [cm]. | >83[cm] – 5 pkt75 [cm]-83[cm] – 0 pkt |  |  |
|  | Zakres ruchu wzdłużnego blatu ≥ 80 [cm]. | TAK, podać |  |  |
|  | Zakres ruchu poprzecznego blatu ≥ 20 [cm]. | ≥ 25 cm – 5 pkt25 cm > *zakres ruchu poprzecznego blatu* ≥20 cm – 0 pkt |  |  |
|  | Obciążenie stołu ≥ 225 [kg] (ciężar pacjenta). | > 250 [kg]-5 pkt.225- 250 [kg] – 0 pkt. |  |  |
|  | Minimalna wysokość blatu od podłogi ≤ 56 [cm]. | <50[cm]-5 pkt56[cm]-50[cm] – 0 pkt |  |  |
|  | Maksymalna wysokość blatu od podłogi ≥ 87 [cm]. |  >87 [cm] – 5 pkt87 [cm] – 0 pkt |  |  |
|  | Pochłanialność blatu – ekwiwalent Al ≤ 0,8 [mm Al. ]. | TAK, podać |  |  |
|  | Kratka przeciwrozproszeniowa, możliwość wyciąganiai wymiany bez pomocy narzędzi. | TAK, podać |  |  |
|  | Układ AEC w stole, min. 3 komory. | TAK, podać |  |  |
|  | Przełączniki nożne do sterowania wysokością stołu oraz do zwalniania hamulców blatu zintegrowane ze stołem. | TAK, podać |  |  |
|  | Automatyczny ruch nadążny detektora w stole za ruchem lampy wzdłuż stołu z zachowaniem synchronizacji promień centralny – środek detektora. | TAK, podać |  |  |
|  | Automatyczny kątowanie detektora w stole za ruchem lampy z zachowaniem synchronizacji promienia centralnego – środek detektora. | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość ładowania detektora w stole. | TAK, podać |  |  |
| **DETEKTOR W STOLE RTG** |  |
|  | Detektor bezprzewodowy z możliwością pracy poza stołem. | TAK, podać |  |  |
|  | Wymiary pola aktywnego detektora ≥ (42 x 42)[cm]. | TAK, podać |  |  |
|  | Ilość pikseli ≥ 9,0 mln. | ≥ 10 mln – 5pkt10 mln > *ilość pikseli* ≥ 9 mln – 0 pkt |  |  |
|  | Rozmiar pojedynczego piksela ≤ 140 [µm]. | TAK, podać |  |  |
|  | Głębokość akwizycji ≥ 14 [bit]. | ≥ 16 bit – 5 pkt16 bit> *głębokość akwizycji* ≥ 14 bit – 0 pkt |  |  |
|  | DQE dla 0,0 pl/mm ≥ 60 %. | TAK, podać |  |  |
|  | Rozdzielczość detektora ≥ 3,3 [pl/mm]. | ≥ 4,0 pl/mm – 5 pkt4,0 pl/mm> *rozdzielczość detektora* ≥ 3,3 pl/mm – 0 pkt |  |  |
|  | Maksymalna waga detektora ≤ 4 [kg]. | TAK, podać |  |  |
|  | Materiał warstwy scyntylacyjnej wykonany w technologii CsI (jodek cezu). | TAK, podać |  |  |
|  | Wodoodporność detektora – klasa min. IPX4. | TAK, podać |  |  |
| **DODATKOWE FUNKCJE** |  |
|  | Możliwość wykonywania zdjęć składanych kości długich z wykorzystaniem detektora w statywie ≥ 130 cm | TAK, podać |  |  |
|  | Dedykowany statyw do wykonywania zdjęć kości długich | TAK, podać |  |  |
| **STACJA AKWIZYCYZYJNA TECHNIKA** |  |
|  | Monitor typu LCD o przekątnej ≥ 24”. | TAK, podać |  |  |
|  | Pamięć obrazów diagnostycznych (ilość obrazów) ≥ 5000. | >25000 – 5 pkt5000-25000 – 0 pkt |  |  |
|  | Czas akwizycji pojedynczego obrazu z detektorów cyfrowych i wyświetlenia na monitorze w pełnej rozdzielczości ≤ 7 [s]. | TAK, podać |  |  |
|  | Wybór i konfiguracja programów anatomicznych. | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość rejestracji pacjentów poprzez pobranie danych z systemu HIS / RIS oraz manualna. | TAK, podać |  |  |
|  | Obsługa protokołów DICOM min:• DICOM Send• DICOM Print• DICOM Storage Commitment• DICOM Worklist | TAK, podać |  |  |
|  | Funkcje obróbki obrazów, min:• obrót obrazów• lustrzane odbicie• powiększenie (zoom)• funkcje ustawiania okna optycznego (zmiana jasności i kontrastu)• wyświetlanie znaczników• dodawanie komentarzy. | TAK, podać |  |  |
|  | Licencja na system operacyjny min. typu Microsoft Windows 10 Professional 64-bit PL lub równoważny, zainstalowany system operacyjny niewymagający aktywacji za pomocą telefonu lub Internetu w firmie Microsoft (lub system równoważny tj. obsługujący wszystkie programy obsługiwane przez w/w system oraz oferujący wszystkie funkcjonalności w/w systemu, obsługujący wszystkie urządzenia obsługiwane przez w/w system, współpracujący z usługą typu Active Directory). | TAK, podać |  |  |
|  | Oprogramowanie do automatycznego łączenia obrazów uzyskanych na statywie przy obrazowaniu kości długich. | TAK, podać |  |  |
|  | Możliwość wykonania statystyki i analizy zdjęć odrzuconych. | TAK, podać |  |  |
|  | Konsola generatora zintegrowana z konsolą obrazową technika i monitorem. (Nie dopuszcza się rozwiązań np. retro fit czyli tzw. ucyfrowień za pomocą niezależnego modułu ekspozycyjnego wpinanego pomiędzy konsolę aparatu i generator z niezależnym włącznikiem). | TAK, podać |  |  |
|  | Zdalna diagnostyka aparatu. | TAK, podać |  |  |
|  | Interkom. | TAK, podać |  |  |
|  | Przewodowa klawiatura i mysz w zestawie. | TAK, podać |  |  |
|  | Instalacja w siedzibie Zamawiającego, wraz ze sprawdzeniem poprawności działania sprzętu. | TAK, podać |  |  |
| **Konsola lekarska – 2 sztuki** |  |
|  | Komputer typu PC, wyposażony w min. 16 GB RAM,z możliwością rozbudowy (co najmniej dwa wolne sloty pamięci RAM). | TAK, podać |  |  |
|  | Procesor min. 6 rdzeniowy o taktowaniu min. 3GHz. | TAK, podać |  |  |
|  | Drukarka sieciowa laserowa monochromatyczna, szybkość druku w czerni min. 17 stron/minutę, Interfejsy USB, Wi-Fi, AirPrint, Obsługiwane formaty nośników A6, A5, A4, Formaty niestandardowe. | TAK, podać |  |  |
|  | Przewodowa klawiatura i mysz w zestawie. | TAK, podać |  |  |
|  | Licencja na system operacyjny min. typu Microsoft Windows 10 Professional 64-bit PL lub równoważny, zainstalowany system operacyjny niewymagający aktywacji za pomocą telefonu lub Internetu w firmie Microsoft (lub system równoważny tj. obsługujący wszystkie programy obsługiwane przez w/w system oraz oferujący wszystkie funkcjonalności w/w systemu, obsługujący wszystkie urządzenia obsługiwane przez w/w system, współpracujący z usługą typu Active Directory). | TAK, podać |  |  |
|  | Po 2 Monitory medyczne/diagnostyczne, typu LCD do każdej konsoli lekarskiej. | TAK, podać |  |  |
|  | Przekątna ekranów monitorów diagnostycznych ≥ 21”, | TAK, podać |  |  |
|  | Jasność ekranu monitorów diagnostycznych ≥ 800 cd/m2 | TAK, podać |  |  |
|  | Kontrast ekranu monitorów diagnostycznych ≥ 1400 :1, | TAK, podać |  |  |
|  | Parametry monitora diagnostycznego:* szeroki kąt widzenia w pionie i poziomie min. 170/170º ;
* certyfikat do zastosowań medycznych;
* rozdzielczość min. 2 MP;
* tryb pracy w pionie.
 | TAK, podać |  |  |
|  | Oprogramowanie spełniające minimalne wymagania:* import obrazów DICOM;
* możliwość dokonywania diagnozy i opisów badań radiologicznych;
* podstawowe narzędzie do przeglądania i obróbki obrazów diagnostycznych RTG, w tym: zmiana kontrastu i jasności, pomiary odległości, powierzchni i kątów, powiększanie obrazu;
* oznaczanie obszaru zainteresowania ROI z wyświetleniem min. powierzchni zaznaczonego obszaru;
* przeszukiwanie listy pacjentów według różnych kryteriów.
 | TAK, podać |  |  |
|  | Obsługa protokołów DICOM min:• DICOM Send;• DICOM Print;• DICOM Storage Commitment;• DICOM Worklist. | TAK, podać |  |  |
|  | Instalacja w siedzibie Zamawiającego, wraz ze sprawdzeniem poprawności działania sprzętu. | TAK, podać |  |  |
| **STACJA PRZEGLĄDOWA – 7 sztuk** |  |
| 1. **MONITORY – 7 sztuk:**
 |  |
|  | Monitor medyczny, przeglądowy o przekątnej min. 23”. | TAK, podać |  |  |
|  | Przekątna aktywnej części ekranu, min. 23”. | TAK, podać |  |  |
|  | Rozdzielczość, min. 2 MP. | TAK, podać |  |  |
|  | Głębia bitowa, min. 30 bitów. | TAK, podać |  |  |
|  | Kąt widzenia (pion, poziom), min. 178°. | TAK, podać |  |  |
|  | Luminancja maksymalna min. 430 cd/m2. | TAK, podać |  |  |
|  | Skalibrowana jasność DICOM min. 250 cd/m2. | TAK, podać |  |  |
|  | Współczynnik kontrastu minimum – 1000:1. | TAK, podać |  |  |
|  | Czas reakcji, max. 7 ms. | TAK, podać |  |  |
|  | Wizyjne sygnały wejściowe 1 x DP, 1 x DVI-I. | TAK, podać |  |  |
|  | Porty minimum USB 1x USB 2.0 upstream, 2x USB 2.0 downstream. | TAK, podać |  |  |
|  | Oprogramowanie do kalibracji monitora. | TAK, podać |  |  |
|  | Wyrób medyczny min. klasy I. | TAK, podać |  |  |
| 1. **KOMPUTERY- 7 sztuk:**
 |  |
|  | Procesor min. 6 rdzeniowy o taktowaniu min. 3GHz. | TAK, podać |  |  |
|  | Pamięć operacyjna: min 16 GB z możliwością rozbudowy (co najmniej dwa wolne sloty pamięci RAM). | TAK, podać |  |  |
|  | Dysk typu SSD o pojemności min. 512 GB z wejściem typu M2 na płycie głównej. | TAK, podać |  |  |
|  | Napęd optyczny DVD+/-RW. | TAK, podać |  |  |
|  | Dedykowana karta graficzna obsługująca standard typu DirectX 12 lub równoważny. | TAK, podać |  |  |
|  | Przewodowa klawiatura i mysz w zestawie. | TAK, podać |  |  |
|  | Licencja na system operacyjny min. typu Microsoft Windows 10 Professional 64-bit PL lub równoważny, zainstalowany system operacyjny niewymagający aktywacji za pomocą telefonu lub Internetu w firmie Microsoft (lub system równoważny tj. obsługujący wszystkie programy obsługiwane przez w/w system oraz oferujący wszystkie funkcjonalności w/w systemu, obsługujący wszystkie urządzenia obsługiwane przez w/w system, współpracujący z usługą typu Active Directory). | TAK, podać |  |  |
|  | Oprogramowanie biurowe typu MS Office 2019 lub równoważne (wymóg minimalny), Typ licencji komercyjna, Okres licencji wieczysta, Wersja językowa Polska, Zawartość Pakietu(minimum): Edytor tekstu (typu Word), Arkusz kalkulacyjny (typu Excel), Tworzenie i obsługa prezentacji (typu PowerPoint), Notatnik (typu OneNote), Obsługa poczty (typu Outlook). Aplikacja biurowa dostosowana dla użytkowników komputerów klasy PC. Oprogramowanie kompatybilna z systemem min. typu Windows 10 x64 lub równoważnym. | TAK, podać |  |  |
|  | Bezpłatny dostęp do najnowszych sterowników i uaktualnień na stronie producenta zestawu realizowany poprzez podanie na dedykowanej stronie internetowej producenta numeru seryjnego lub modelu komputera podczas trwania gwarancji oraz po jej zakończeniu – podać link strony. | TAK, podać |  |  |
|  | Instalacja w siedzibie Zamawiającego, wraz ze sprawdzeniem poprawności działania sprzętu. | TAK, podać |  |  |
| 1. **OPROGRAMOWANIE DO KAŻDEJ STACJI PODGLĄDOWEJ**
 |  |
|  | Dostarczenie i rozszerzenie licencji na system dystrybucji obrazów WEB Sudon PACS do poziomu licencji open (nielimitowana ilość użytkowników). | TAK, podać |  |  |
| **STANOWISKO REJESTRACYJNE** |  |
|  | Monitor typu LCD min. 23”. | TAK, podać |  |  |
|  | Procesor min. 6-rdzeniowy o taktowaniu min. 3GHz. | TAK, podać |  |  |
|  | Komputer wyposażony w zasilacz kompatybilny z pozostałymi komponentami komputera. | TAK, podać |  |  |
|  | Pamięć operacyjna: min 16 GB z możliwością rozbudowy (co najmniej dwa wolne sloty pamięci RAM). | TAK, podać |  |  |
|  | Dysk typu SSD o pojemności min. 512 GB. | TAK, podać |  |  |
|  | Zintegrowana karta graficzna obsługująca standard typu DirectX 12 lub równoważny. | TAK, podać |  |  |
|  | Nagrywarka CD/ DVD+/-RW. | TAK, podać |  |  |
|  | Licencja na system operacyjny min. typu Microsoft Windows 10 Professional 64-bit PL lub równoważny, zainstalowany system operacyjny niewymagający aktywacji za pomocą telefonu lub Internetu w firmie Microsoft (lub system równoważny tj. obsługujący wszystkie programy obsługiwane przez w/w system oraz oferujący wszystkie funkcjonalności w/w systemu, obsługujący wszystkie urządzenia obsługiwane przez w/w system, współpracujący z usługą typu Active Directory). | TAK, podać |  |  |
|  | Przewodowa klawiatura i mysz w zestawie. | TAK, podać |  |  |
|  | Oprogramowanie biurowe typu MS Office 2019 lub równoważne (wymóg minimalny), Typ licencji komercyjna, Okres licencji wieczysta, Wersja językowa Polska, Zawartość Pakietu(minimum): Edytor tekstu (typu Word), Arkusz kalkulacyjny (typu Excel), Tworzenie i obsługa prezentacji (typu PowerPoint), Notatnik (typu OneNote), Obsługa poczty (typu Outlook). Aplikacja biurowa dostosowana dla użytkowników komputerów klasy PC. Oprogramowanie kompatybilna z systemem min. typu Windows 10 x64 lub równoważnym. | TAK, podać |  |  |
|  | Duplikator do płyt CD/DVD:-min. 2 napędy DVD;-dwa magazynki min. 2x50 płyt;-nadruk atramentowy;-wydajność min. 30 płyt CD lub 15 płyt DVD na godzinę;Duplikator wyposażony w dedykowane oprogramowanie medyczne. Połączenie duplikatora do systemu PACS. | TAK, podać |  |  |
|  | Instalacja w siedzibie Zamawiającego, wraz ze sprawdzeniem poprawności działania sprzętu. | TAK, podać |  |  |
| **INNE** |  |
|  | Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji na co najmniej 15 dni przed zakończeniem gwarancji (w cenie oferty). | TAK, podać |  |  |
| **WYMAGANIA DODATKOWE** |  |
|  | Integracja aparatu z systemem RIS oraz PACS (Wymagane wykonanie integracji przez Wykonawcę i na jego koszt). | TAK, podać |  |  |
|  | Wykonanie testów akceptacyjnych i specjalistycznych aparatu RTG na koszt Wykonawcy i przekazanie ich Zamawiającemu w ramach dostawy przed oddaniem do użytkowania (przed podpisaniem protokołu odbioru) w celu przedłożenia ich Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. | TAK, podać |  |  |
|  | Wykonanie projektu osłon stałych oraz pomiarów środowiskowych pracowni RTG na koszt Wykonawcyi przekazanie ich Zamawiającemu w ramach dostawy przed oddaniem do użytkowania (przed podpisaniem protokołu odbioru) w celu przedłożenia ich Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. | TAK, podać |  |  |
|  | Wykonanie testów dostarczonych monitorów opisowych zgodnie z zał. nr 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznychna koszt Wykonawcy oraz przekazanie testów Zamawiającemu w ramach dostawy (przed podpisaniem protokołu odbioru). | TAK, podać |  |  |
|  | Wykonanie instruktarzu obsługi i konserwacji zaoferowanego sprzętu dla personelu obsługującego (min. 3 dni x 7 godzin). | TAK, podać |  |  |
|  | Wszystkie dostarczone urządzenia przez Wykonawcę mają zostać podłączone, skonfigurowane oraz ma zostać przeprowadzona poprawność działania z systemami Zamawiającego Sudon RIS oraz PACS (licencje na koszt Wykonawcy). | TAK, podać |  |  |
|  | Wybrany w przetargu Wykonawca dostawy aparatu RTG przedstawi ofertę zawieszenia sufitowego dla Wykonawcy prac budowlanych, który je zamontuje we współpracy z Wykonawcą dostawy aparatu RTG.UWAGA!Ze względu (na dzień wszczęcia postępowania) na brak informacji o nośności stropu, Zamawiający dopuszcza kotwienie zawiesia sufitowego także w ścianach. | TAK, podać |  |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje dodatkowe** | **Parametr dodatkowy** | **Parametr oferowany** |  |
|  | Ruch detektora w poziomie zmotoryzowany. | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |  |  |
|  | Pilot do zdalnego sterowania aparatu RTG. | TAK – 5 pktNIE – 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 godziny pracy Zamawiającego. | ≥36 miesięcy – 10 pkt24-35 m-cy – 0 pkt |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 24 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 sprzęt oraz przeprowadzi instruktarz obsługi i konserwacji w cenie oferty. | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z urządzeniem uzupełnionego paszportu technicznego o dane identyfikujące urządzenie (m.in. numer seryjny, rok produkcji, model, producent). | 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 – niespełnienie 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