**Formularz cenowy Załącznik nr 2 do SIWZ**

**Część nr 2 – Aparat USG dla potrzeb Oddziału Urologii**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa towaru** | **Producent,**  **model/typ** | **Ilość**  **Szt.** | **Cena jedn. netto** | **Stawka Vat** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość netto** | **Wartość Vat** | **Wartość brutto** |
| 1 | Aparat USG |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r. pieczęć imienna, podpis osoby(osób)

uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia (zestawienie granicznych parametrów techniczno-użytkowych) –**

**Aparat USG dla potrzeb Oddziału Urologii**

| l p. | Parametry | **Wartość wymagana/oceniana** | wartość oferowana |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Aparat USG, fabrycznie nowy, nierekondycjonowany, nie powystawowy i nieużywany, rok produkcji min 2020r, | TAK |  |
|  | Waga aparatu bez głowic max 70 kg | ≤ 65 - 10 pkt  > 65 - 0 pkt |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy min 2,0-18,0 MHz | TAK |  |
|  | Dynamika systemu min 180 dB | TAK |  |
|  | Ilość niezależnych gniazd w aparacie 3 | TAK |  |
|  | Monitor o orientacji pionowej i przekątnej min 16 cali | ≥ 18 cali – 10 pkt  < 18 cali - 0 pkt |  |
|  | Aparat wyposażony w 4 koła skrętne z możliwością ich blokowania | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji wysokości monitora min 25cm. | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji wysokości panelu sterowania min 25cm. | TAK |  |
|  | Dotykowy panel sterowania wykonany z wytrzymałego szkła zapewniający szczelność i ułatwiający czyszczenie i dezynfekcję o wymiarze min. 14 cali | TAK – 10 pkt  Nie - 0 pkt |  |
|  | Możliwość regulacji panelu sterowania prawo/lewo | TAK |  |
|  | Wewnętrzna archiwizacja badania w aparacie o dysku min 250GB. Możliwość zgrania obrazów badania na pamięć zewnętrzną typu pen . | TAK |  |
|  | Głębokość skanowania min 1,5cm – 30cm | TAK |  |
|  | Możliwość zapisu przebiegu badania w postaci klipu min 550 sekund | TAK |  |
|  | Tryby pracy: 2D (B mode), M mode, Doppler Pulsacyjny, Doppler Kolorowy; Power Doppler Kolorowy; Duplex; Triplex, obrazowanie harmoniczne | TAK |  |
|  | Specjalistyczne oprogramowanie do urologii z możliwością automatycznego pomiaru PSAD |  |  |
|  | Mierzona prędkość przepływu w Dopplerze Pulsacyjnym  min 0,5 cm/s - 10,5 m/s | TAK |  |
|  | Mierzona prędkość przepływu w Dopplerze Kolorowym  min 0,5 cm/s – 8,5 m/s | TAK |  |
|  | Szerokość bramki Dopplera pulsacyjnego min 1-20mm | TAK |  |
|  | Minimum 5 aktywnych portów USB do archiwizacji obrazów statycznych oraz dynamicznych na przenośne pamięci typu Flash, Pendrive | TAK |  |
|  | Oprogramowanie aplikacyjne i pomiarowe dla urologii z podziałem na:  - prostatę  - pęcherz  - nerkę  - jądra | TAK |  |
|  | **Głowica typu convex o częstotliwości pracy min 2,0- 5,0MHz** | TAK |  |
| a) Liczba elementów w głowicy min 160 | TAK |  |
| b) Przycisk na głowicy umożliwiający uruchomienie głowicy, zamrożenie i aktywację obrazu | TAK |  |
| c) Jednorazowa, sterylna prowadnica biopsyjna o regulowanej średnicy na biopsje cienko i grubo igłowe dla igieł o średnicy od 20 Ga do 10 Ga oraz trzema kątami wejścia igły ( 50 szt) | TAK |  |
|  | **Głowica liniowa** | TAK |  |
| a) Częstotliwość pracy głowicy min 6-12MHz | TAK |  |
| c) Przycisk na głowicy umożliwiający uruchomienie głowicy oraz zamrożenie i aktywację obrazu | TAK |  |
| d) liczba elementów w głowicy min 180 | TAK |  |
|  | **Głowica rektalna dwupłaszczyznowa convex-convex o częstotliwości pracy min 5,0 - 10,0 MHz** | TAK |  |
| a) Ilość niezależnych elementów tworzących i odbierających sygnał ultradźwiękowy w głowicy min 180 | ≥ 190 – 10 pkt  < 190 – 0 pkt |  |
| b) Jednoczesne obrazowanie dwóch płaszczyzn prostaty w czasie rzeczywistym | TAK |  |
| c) Kanał biopsyjny przez środek głowicy (wielorazowa nasadka wraz z prowadnicą, której linia punkcji jest poprowadzona przez środek głowicy pod kątem 19° względem osi głowicy - 4 sztuki) | TAK |  |
| d)Min. Dwa przyciski na głowicy odpowiedzialne za przełączanie płaszczyzn prostaty, aktywację i mrożenie obrazu | TAK |  |
|  | Moduł DICOM 3.0 | TAK |  |
|  | Videoprinter czarno – biały | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesięcy, max. 36 miesięcy. W okresie gwarancji bezpłatne przeglądy dostarczonego urządzenia, w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej. Gwarancja obejmuje całość wszelkich kosztów związanych z ewentualną naprawą (materiały, części, praca serwisanta, dojazd itp.) bez żadnych kosztów ze strony Zamawiającego. | TAK |  |
|  | Udzielenie instruktażu pracownikom Zamawiającego w zakresie bezpiecznego użytkowania i prawidłowej obsługi dostarczonego urządzenia | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis producenta na terenie Polski prowadzi: ……………………………………….. (nazwa podmiotu świadczącego usługi serwisowe, adres) | TAK |  |
|  | Oferent zobowiązuje się w ostatnim dniu gwarancji dostarczyć wszystkie hasła oraz kody serwisowe umożliwiające serwis pogwarancyjny dowolnie wybrany przez zamawiającego | TAK |  |
|  | Instrukcja pisemna w języku polskim | TAK |  |

UWAGA:

1. 1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr”, ,,wartość wymagana/oceniana” lub, których spełnienie jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

1. 3. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta

4. W przypadku zaoferowania parametrów dopuszczonych przez Zamawiającego w "Pytaniach i odpowiedziach" Wykonawca wprowadza odpowiedni zapis w kolumnie **wartość oferowana** do załącznika nr 3 - Opis przedmiotu zamówienia (zestawienie granicznych parametrów techniczno-użytkowych) **z dopiskiem dopuszczono w pytaniach i odpowiedziach.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r. pieczęć imienna, podpis osoby(osób)

uprawnionej(ych) do reprezentowania wykonawcy