**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**19/2022**

**Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym na wynajem tomografu komputerowego (postępowanie nr 19/2022)**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (wynajmu)**

Producent (podać): .....................................................................................

Typ/model (podać): ...................................................................................

Rok produkcji (podać): ..............................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymogi Zamawiającego** | **Spełnienie warunku** | **Oferowane parametry**  **PODAĆ** |
| 1. | Tomograf komputerowy wraz z wtryskiwaczem kontrastu. Nowy lub używany, nie starszy niż 2012 r. | Tak, podać |  |
| 2. | Ilość jednocześnie obrazowanych warstw | Min. 32, podać |  |
| 3. | Tomograf komputerowy wyposażony w zestaw protokołów badań z możliwością ich projektowania i zapamiętywania oraz wyposażeniem dodatkowym obejmującym m.in. podstawki oraz pasy mocujący, zestaw do testów podstawowych | Tak |  |
| 4. | Lampa RTG nie starsza niż 2019 r. | Tak, podać |  |
| 5. | Lampa RTG 2-ogniskowa | Tak |  |
| 6. | Wielkość ogniska lampy 0.9 x 0.8 mm oraz 1.6 x 1.4 mm | Tak |  |
| 7. | Eksploatacyjna prędkość chłodzenia lampy RTG [kHU/min] | Min. 1005, podać |  |
| 8. | Pojemność cieplna anody [MHU] | Min. 7,5, podać |  |
| 9. | Pojemność cieplna kołpaka [MHU] | Min. 5,0, podać |  |
| 10. | Najmniejsza grubość warstwy [mm] | Max. 0,5 |  |
| 11. | Największa grubość warstwy [mm] | Min. 8,0 |  |
| 12. | Kąt pochylenia gantry [°] | Min. ± 30 |  |
| 12. | Długość stołu pacjenta [cm] | Min. 265, podać |  |
| 13. | Minimalne położenie stołu do badań [cm] | Max. 35, podać |  |
| 14. | Maksymalne dopuszczalne obciążenie stołu [kg] | Min. 200, podać |  |
| 15. | Instalacja systemu w pomieszczeniu przeznaczonym na pracownię tomografii komputerowej maksymalnie do 7 dni roboczych | Tak, podać |  |
| 16. | System PACS | Tak |  |
| 17. | Wykonanie testów specjalistycznych i odbiorczych po instalacji | Tak |  |
| **Szkolenie** | | | |
| 18. | Przeszkolenie personelu medycznego z zakresu obsługi w miejscu użytkowania aparatu | Tak |  |
| 19. | Instrukcja obsługi tomografu komputerowego w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem | Tak |  |
| **Warunki serwisu i napraw aparatu** | | | |
| 20. | Czas wykonania napraw – należy podać w godzinach od chwili zgłoszenia: | | |
| 21. | czas reakcji | do 12 godz. |  |
| 22. | przystąpienie do naprawy | do 2 dni roboczych |  |
| 23. | maksymalny czas naprawy bez wymiany części zamiennych | do 2 dni roboczych |  |
| 24. | maksymalny czas naprawy z wymianą części zamiennych | do 5 dni roboczych |  |
| 25. | Wykonanie okresowych przeglądów technicznych min. 4 razy w roku | Tak, podać |  |
| 26. | Wykonanie testów specjalistycznych raz do roku | Tak |  |
| 27. | W przypadku awarii kontakt telefoniczny z serwisantem | Tak, podać numer telefonu kontaktowego |  |
| **INNE** | | | |
| 28. | Materiały eksploatacyjne (jednorazowego użytku) wymagane do wykonywania badań tomograficznych - PODAĆ dokładnie nazwę, typ, rodzaj wkładów/ zestawów itp. oraz częstotliwość używania | Tak  podać zgodnie z opisem w kolumnie obok |  |

……………………………………

*miejscowość i data*