**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

**ZP-381-16/2024**

**ZESTAWIENIE**

**WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH - OPZ**

**Formularz asortymentowo – ilościowy**

**Oferowany sprzęt: urządzenie wielofunkcyjne (drukarka, skaner, kopiarka) – 1 sztuka**

Nazwa i typ oferowanego urządzenia: ……………………………..…………………………

Nazwa producenta: ……………..…………………………………………

Kraj produkcji: …………………………………..……………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **NAZWA PARAMETRU** | **WYMAGANIA MINIMALNE** | **Parametry wymagane** | **Oferowane (wypełnia wykonawca)** |
| 1 | Technologia druku | Technologia laserowa | TAK |  |
| 2 | Format oryginału | A3 | TAK |  |
| 3 | Format kopii | A3-A6 | TAK |  |
| 4 | Prędkość drukowania | 32 strony A4 / min. | TAK |  |
| 5 | Obsługiwane rozdzielczości drukowania | 600x600 dpi i 1200x1200 dpi | TAK |  |
| 6 | Czas wydruku pierwszej strony | Maks. 5 sek. | TAK |  |
| 7 | Czas nagrzewania | Maks. 20 sek. od włączenia zasilania | TAK |  |
| 8 | Kopiowanie wielokrotne | Do 999 kopii | TAK |  |
| 9 | Pamięć RAM | Min. 4 GB | TAK |  |
| 10 | Dysk HDD lub SSD | Min. 32 GB | TAK |  |
| 11 | Zoom | 25-400%  | TAK |  |
| 12 | Panel operatora | Panel wyposażony w kolorowy ekran dotykowy LCD, min. 10-calowy, opisy na panelu oraz komunikaty na ekranie w języku polskim. Integracja z aplikacjami zewnętrznymi poprzez ekran dotykowy urządzenia. | TAK |  |
| 13 | Dupleks | Automatyczny, obsługa papieru 60-160 g/m2 | TAK |  |
| 14 | Podajnik dokumentów | Automatyczny dwustronny, taca podająca na min. 140 ark. 80 g/m2 | TAK |  |
| 15 | Podajniki papieru | Podajnik o pojemności min. 2 x 500 ark. A5-A3 (80 g/m2), 60-160 g/m2taca boczna na min. 100 ark. A6-A3 (80 g/m2), 60-250 g/m2  | TAK |  |
| 16 | Odbiornik wydruków i kopii | Min. 2 tace odbiorcze o pojemności łącznej min. 300 arkuszy  | TAK |  |
| 17 | Podstawa | Dedykowana, podstawa producenta urządzenia z katalogu dostępnych fabrycznie opcji, zamykana, na kółkach. Dopasowana kolorystycznie, wzorniczo i kształtem do obudowy urządzenia. | TAK |  |
| 18 | Emulacje | PCL 6, PostScript Level 3 | TAK |  |
| 19 | Interfejsy | USB 2.0, Ethernet 10/100/1000Base-T | TAK |  |
| 20 | Funkcje skanowania | Skanowanie do PC, do e-mail, do FTP, sieciowy TWAIN, do pamięci przenośnej USB, WIA, SMB | TAK |  |
| 21 | Rozdzielczość skanowania | 600 dpi  | TAK |  |
| 22 | Prędkość skanowania  | Min. 80 str. / min. (A4, kolor, 300 dpi) | TAK |  |
| 23 | Typy plików | PDF, PDF/A, PDF szyfrowany, PDF kompresowany, JPEG, TIFF, XPS | TAK |  |
| 24 | Wymagania dodatkowe | Wbudowany, sprzętowy moduł TPM.Urządzenie wyposażone w moduł serwisowy przeznaczony do zgłaszania problemów serwisowych dostępny dla użytkownika końcowego. Zgłaszanie problemów serwisowych powinno być możliwe zarówno w trybie automatycznym jak i ręcznym. W trybie ręcznym poprzez panel urządzenia, z opcją przesłania zgłoszenia w postaci wiadomości email. | TAK |  |
| 25 | Wymagania dodatkowe | Skanowanie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej musi odbywać się za pomocą jednej aplikacji zainstalowanej na urządzeniu wielofunkcyjnym. Aplikacja musi umożliwiać tworzenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej przy wykorzystaniu ekranu dotykowego urządzenia wielofunkcyjnego. Aplikacja musi umożliwiać zalogowanie się do systemu HIS Eskulap za pomocą loginu i hasła i wprowadzenie EDM zautoryzowanemu użytkownikowi. Aplikacja musi umożliwiać wybór pacjenta poprzez wprowadzenie numeru PESEL i wybór typu skanowanego dokumentu oraz przesłanie go do systemu. | TAK |  |
| 26 | Materiały eksploatacyjne jako wyposażenie standardowe (dostarczone w komplecie w ramach oferowanej ceny jednostkowej). | Tonery: w ilości, która zapewni wydrukowanie minimum 20 000 stron A4 (przy pokryciu 6%) Bębny: w ilości, która zapewni wydrukowanie minimum 600 000 stron A4. Dostarczone materiały muszą być nowe, nieregenerowane i wyprodukowane przez producenta oferowanych urządzeń. | TAK |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
| 1 |  | ISO 9001:2015 na świadczenie usług serwisowych (**dołączyć do oferty).** | TAK |  |
| 2 |  | Certyfikat autoryzacji producenta urządzenia wielofunkcyjnego**(dołączyć do oferty)** |  |  |
| 3 |  | Oświadczenie producenta oferowanego sprzętu, że w przypadku nie wywiązywania się z obowiązków gwarancyjnych oferenta lub firmy serwisującej, przejmie na siebie wszelkie zobowiązania związane z serwisem. (oświadczenia nie wymaga się jeżeli ofertę składa autoryzowany przedstawiciel producenta)**(Oświadczenie dołączyć do oferty)** | TAK |  |

|  |
| --- |
| **Inne wymagania + warunki gwarancji i serwisu** |
| 1 |  | Okres gwarancji min. 24 miesięcy liczony od dnia oddania aparatu do eksploatacji | TAK |  |
| 2 |  | Wykonawca dokona instalacji oferowanego sprzętu i przeprowadzi szkolenie bez dodatkowego wynagrodzenia w zakresie obsługi tegoż sprzętu w dzień przekazania sprzętu do eksploatacji przez Zamawiającego. Wykonawca jest zobowiązany do sporządzenia protokołu/listy obecności z przeprowadzonego szkolenia.Zamawiający ma prawo do wezwania na dodatkowe jedno szkolenie bez dodatkowego wynagrodzenia w trakcie trwania gwarancji. |  |  |
| 3 |  | Urządzenie jest pozbawione wszelkich blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca umowy podmiot w przypadku nie korzystania przez szpital z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy (dotyczy oceny stanu aparatu i jego działania). | TAK |  |
| 4 |  | Dostępność części zamiennych minimum 7 lat od momentu złożenia oferty. | TAK |  |
| 6 |  | Maksymalny czas reakcji serwisu na zgłoszenie w dni robocze do 48 godzin od momentu uzyskania informacji o awarii. Powyższe terminy dotyczą dni roboczych przez, które rozumie się dni od poniedziałku do piątku za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy. | TAK |  |
| 7 |  | Maksymalny czas naprawy wymagający wymiany części / ilość dni roboczych / | 7 dni |  |
| 8 |  | Graniczny czas naprawy, po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji sprzętu medycznego  | 7 dni |  |
| 9 |  | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy | 3 |  |
| 10 |  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji  | Minimum 1 na 12 miesięcy, chyba, że zalecenia producenta wskazują inaczej\* |  |
| 11 |  | W przypadku naprawy trwającej dłużej jak 21 dni Wykonawca zapewni sprzęt zastępczy w terminie 7 dni od dnia zgłoszenia awarii. | TAK |  |
| 12 |  | Należy sprecyzować ewentualne ograniczenia usług gwarancyjnych oraz ewentualne przyczyny cofnięcia gwarancji. | PODAĆ |  |
| 13 |  | Dostarczony sprzęt zostanie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcje obsługi oraz instrukcje serwisowe – dokumenty winny być w języku polskim lub tłumaczone na język polski. | TAK |  |
| 14 |  | Najbliższy kupującego punkt serwisowy obsługujący zakupione urządzenie. | PODAĆ |  |

* + - 1. W kolumnie „Oferowane” należy opisać parametr oferowany. Brak opisu w tej kolumnie będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanym urządzeniu.
			2. Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatków zakupów inwestycyjnych.

\*W przypadku braku konieczności przeprowadzenia przeglądów okresowych Wykonawca zaznacza w tabelce nie dotyczy i do oferty załącza oświadczenie własne Wykonawcy w tym zakresie.

Data: ………………….. 2024 r.