**22/SMED/2023 – część nr 4** Załącznik nr 1 do SWZ

**FORMULARZ OFERTOWY**

(strona druga)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Wymagane minimalne parametry  **Głowica współpracująca z urządzeniami mobilnymi typu smartfon, tablet – 2 kpl.** | **Opis oferowanych parametrów**  **-** opisać w każdym wierszu |
| ***81?1*** | *2* | ***3*** |
|  | **Producent** | Wpisać producenta |
|  | **Nazwa i typ** | Wpisać nazwę i typ urządzenia |
|  | **Kraj pochodzenia** | Wpisać kraj pochodzenia |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji nie wcześniej niż w 2023 r. | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Głowica nowej generacji, cyfrowo przetwarzająca wiązkę ultrasonograficzną bez zastosowania kryształków piezoelektrycznych | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Jedna głowica emulująca obrazowanie liniowe, convex i Phased Array | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Odporność na upadki, potwierdzona tzw. drop-test, z co najmniej 1,2 m i przeciążeniem 100G. | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Wymiary max 163 x 56 x 35 mm | Wpisać wymiary urządzenia |
|  | Waga max 310 gram | Wpisać wagę urządzenia |
|  | Akumulator o pojemności min. 2600 mAh, pozwalający na min. 2 godziny ciągłego skanowania,  **Kryterium oceny ofert:**  **2 godz. = 0 pkt., powyżej 2 godz. - 2,5 godz. włącznie = 5 pkt.**  **powyżej 2,5 godz. - 3 godz. włącznie = 5 pkt. powyżej 3 godz. = 10 pkt.** | Wpisać czas ciągłego skanowania |
|  | Ładowanie akumulatora do pełnego naładowania - max. 5 godzin | Wpisać max. czas ładowania |
|  | Tryby pracy min.:  M-mode, B-mode, Color Doppler, Power Doppler | Opisać ofrowane tryby |
|  | Głębokość skanowania min. 1-30cm | Wpisać zakres głębokości skanowania |
|  | Zakres częstotliwości min. 1-10 MHz | Wpisać zakres częstotliwości |
|  | Pomiary i adnotacje:  Pomiary liniowe,  Pomiar elipsy  Etykiety tekstowe (możliwość tworzenia własnych lub wyboru spośród gotowych etykiet) | Wpisać parametry pomiarów i adnotacji |
|  | Obliczenia OB | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Oprogramowanie do wzmocnienie igły biopsyjnej | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Możliwość jednoczesnego obrazowania naczyń w trybie in-plane oraz out-of-plane dla wybranych procedur (np. dostęp do żyły centralnej/obwodowej, dostęp tętniczy, blokady nerwów, zastrzyki do układu mięśniowo-szkieletowego) | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Sterowanie:  Gain, TGC (bliskie, średnie, dalekie), Głębokość | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Aplikacje:  Brzuch, Aorta i woreczek żółciowy, Pęcherz, Kardiologia, FAST, Płuca, MSK, Nerwy, OB/GYN, Okulistyczne, Pediatric Brzuch, Pediatric, Kardiologia, Pediatric Płuca, Małe części, MSK-tkanki miękkie, Naczynia | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Przetwarzanie danych w chmurze | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Wbudowany skaner pęcherza pozwalający określić automatycznie objętość w czasie krótszym niż 6 sekund i obrazujący pęcherz w 3D | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Bezpieczeństwo:  Ochrona przesyłanych danych w sieci min. protokołem HTTPS, TLS 1.2  Dane szyfrowane min. 256-bitowym algorytmem AES  Bezpieczne uwierzytelnianie użytkowników, hasła zgodne ze standardami NIST | Opisać |
|  | Dodatkowe akcesoria:  Dedykowana walizka transportowa  Ładowarka | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Odporność na kurz i wodę zgodna z normą IP67 | Wpisać TAK lub NIE |
|  | W zestawie tablet współpracujący z głowicą | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Tablet zgodny z normami IP68, MIL STD 810G ; Anti-shock 1.5m (1.2m bez etui) | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Wymiary ekranu tabletu, przekątna min. 8”  **Kryterium oceny ofert**:  **8” = 0 pkt. powyżej 8” - do 12” = 5 pkt.** | Wpisać wymiary ekranu |
|  | Typ ekranu PLS TFT LCD | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Pamięć RAM min. 4GB | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Pamięć wbudowana min. 64GB  Kryterium oceny ofert:  **64 GB = 0 pkt. powyżej 64 GB = 5 pkt.** | Wpisać pojemność pamięci |
|  | Czytnik linii papilarnych | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Czytnik kart pamięci: microSD min. 1TB | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Folder aparatu z opisem parametrów oraz Instrukcja obsługi w języku polskim | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Gwarancja – min 24 miesiące  **Karta gwarancyjna – z dostawą** | Wpisać okres gwarancji |
|  | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w zakresie opisanym w instrukcji | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Przegląd techniczny, bezpłatny w ramach gwarancji, wykonany przez autoryzowany serwis w po kolejnych 12-tu miesiącach użytkowania aparatu, w okresie gwarancji | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Gwarantowany czas reakcji od zgłoszenia awarii do jej usunięcia do 7 dni roboczych | Wpisać czas naprawy |
|  | W okresie gwarancji przesłanie aparatu do naprawy lub przyjazd serwisanta będzie na koszt Wykonawcy | Wpisać TAK lub NIE |
|  | Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności z Dyrektywą UE 93/42/EEC na aparat | Wpisać TAK lub NIE - Załączyć |

**Wypełnić kolumnę nr 3**

**Oświadczam**, że sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie   
z przeznaczeniem oraz instrukcją użytkowania nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów

……………...............

Podpis Wykonawcy