Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla Części III – skaner naczyń krwionośnych

Marka, typ, nazwa handlowa oferowanego przedmiotu zamówienia (należy wskazać)

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wymagane i oferowane parametry techniczne

Instrukcja wypełnienia:

1. W kolumnie „Parametry oferowane” w miejscach wykropkowanych należy wpisać (skonkretyzować) parametry oferowanego skanera naczyń krwionośnych w kolumnie „**TAK/NIE**” należy wpisać jedną z podanych odpowiedzi.
2. Wszystkie pozycje w kolumnie „Parametry wymagane” określają parametry wymagane przez Zamawiającego, zatem zaznaczenie odpowiedzi ,,nie” lub nieuzupełnienie wykropkowanych miejsc będzie skutkowało uznaniem, że oferta nie odpowiada wymaganiom Zamawiającego, a tym samym zostanie odrzucona.

**Wymagane i oferowane parametry techniczne**

**Skanera naczyń krwionośnych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagania Zamawiającego** | **Parametry wymagane / Punktacja w kryterium parametry techniczne** | **Parametry oferowane****( Wpisać TAK/NIE, podać zakres, opisać)** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2024 | TAK |  |
|  | Głębokość odczytu żył min. :8 mm | TAK |  |
|  | Dokładność położenia naczyń :+/- 0,5mm | TAK |  |
|  | Rozdzielczość ekranu 640x480 | TAK |  |
|  | Akumulator litowo jonowy lub bateria o poj. min. 3400mA  | TAK |  |
|  | Czas pracy min.3 godz | TAK |  |
|  | Zasilanie ładowania 5V 2.0A, 100V-240V 50Hz-60Hz | TAK |  |
|  | Waga max 350g | TAK |  |
|  | Co najmniej 7 kolorów wyświetlania | TAK |  |
|  | 3 rozmiary wielkości wyświetlania (dla dorosłych ,dzieci i noworodków ) | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji poziomu jasności | TAK |  |
|  | Tryb wzmocnienia obrazu zwiększający przejrzystość wykrywania żył | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
| 19. | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z dostawą skanerów | TAK |  |
| 20. |  |  |  |
| 21. | Szkolenie personelu w zakresie obsługi w siedzibie Zamawiającego do 90 dni od daty obowiązywania umowy. | TAK |  |
| 22. | Do oferty należy dołączyć materiały informacyjne (w języku polskim) dotyczące oferowanych skanerów oraz ich zdjęcie (fotografię) | TAK |  |
| 23. | Gwarancja, bezpłatne przeglądy okresowe zgodnie z wymaganiami zawartymi w instrukcji obsługi urządzeń oraz bezpłatny serwis w okresie min. 24 miesięcy od daty protokolarnego odbioru  | TAK podać |  |
| 24. | Gwarantowany czas reakcji od zgłoszenia usterki do 72 godzin.  | TAK |  |
| 25. | Gwarantowany czas od zgłoszenia usterki do jej usunięcia maksymalnie do 5 dni roboczych,  | TAK |  |
| 26. | W okresie gwarancji dowóz urządzenia do naprawy lub przyjazd serwisanta do siedziby Zamawiającego na koszt Wykonawcy.  | TAK |  |

**Niespełnienie wyżej wyszczególnionych parametrów spowoduje odrzucenie oferty**

........................................................................................................................

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy