**Opis przedmiotu zamówienia (OPZ)**

**D10.251.81.B.2024 Załącznik nr 3d do SWZ**

**Część nr 4 zadanie 1**

**Aparat USG przenośny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Wartość oferowana*** |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 4 | Rok produkcji | 2024 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 2 szt. |  |
| 6 | Miejsce dostawy i instalacji | Copernicus PL Sp. z o.o. ul. Nowe Ogrody 1-6 80-803 Gdańsk |  |
|  |  | ***Parametr wymagany*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\**** |
|  | Przenośny aparat USG, fabrycznie nowy | Tak |  |
|  | Aparat do wizualizacji struktur powierzchniowych i głębokich | Tak |  |
|  | System ultrasonograficzny zawierający aplikację dla nieograniczonej liczby urządzeń mobilnych do zainstalowania na posiadanych przez zamawiającego kompatybilnych smartfonach lub tabletach z systemem android | Tak |  |
|  | Technologia potrójnej głowicy:  -głowica liniowa o częstotliwości min. 7,5-10 MHz  -głowica convex o częstotliwości min. 3,5-5 MHz  -głowica kardio o częstotliwości min. 2,5-5 MHz | Tak, podać |  |
|  | Głowica obsługująca tryby min.:  -B-mode  -Doppler kolorowy  -M-mode  -Doppler pulsacyjny  -Power doppler | Tak, podać |  |
|  | Dostępne presety min.:  -naczyniowy  -małe narządy  -mięśnie szkieletowe  -nerki  -nerwy  -tętnica szyjna  -płuca  -jama brzuszna  -ginekologiczny  -piersi  -tarczyca  -kardiologiczny  -pediatryczny  -położniczy  -urologiczny | Tak, podać |  |
|  | Wbudowana bateria, czas pracy ciągłej min. 4 h | Tak, podać |  |
|  | System bezprzewodowy WI-FI | Tak |  |
|  | Brak nagrzewania systemu w czasie pracy | Tak |  |
|  | Wizualizacja toru igły do wkłuć i biopsji | Tak |  |
|  | Możliwość zapisu zdjęć i filmów na urządzeniu mobilnym | Tak |  |
|  | W zestawie ładowarka indukcyjna oraz etui ochronne | Tak, podać |  |
|  | W zestawie kompatybilny tablet o przekątnej min. 10 cali i rozdzielczości full hd | Tak. podać |  |
|  | Aparat odporny na działanie środków do dezynfekcji | Tak |  |
| **Wymagania dodatkowe** | | | |
|  | Gwarancja min. 24 m-ce | Tak, podać |  |
|  | W czasie trwania gwarancji darmowe przeglądy techniczne w/w urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |

**UWAGA: dokument powinien być podpisany przez upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy w sposób określony w SWZ**