***Załącznik nr 1***

 **Wykonawca:**

………………………………………………

 ………………………………………………

 ………………………………………………

 ………………………………………………

 *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od*

 *podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

tel. / fax: ……………………../…………………

e-mail: ..............................................................

**reprezentowany przez:**

…………………………………………..

…………………………………………..

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OFERTA**

1. Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na: **„Dostawę aparatu rentgenowskiego wraz z adaptacją pomieszczeń pracowni RTG”** oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w SIWZ, za **cenę ryczałtową:**

netto(bez podatku VAT) .....................................PLN

podatek VAT w wysokości ...........% tj. ............................. PLN

**brutto (łącznie z podatkiem VAT) ............................................PLN**

**(słownie: ..........................................................................................................................................)**

**w tym:**

***aparat RTG*** *………………………………………………………………………………………………………………………………………*

 *(nazwa, model, producent)*

netto(bez podatku VAT) .....................................PLN

podatek VAT w wysokości ...........% tj. ............................. PLN

**brutto (łącznie z podatkiem VAT) ............................................PLN**

**(słownie: ..........................................................................................................................................)**

***adaptacja pomieszczeń:*** netto(bez podatku VAT) .....................................PLN

podatek VAT w wysokości ...........% tj. ............................. PLN

**brutto (łącznie z podatkiem VAT) ............................................PLN**

**(słownie: ..........................................................................................................................................)**

1. **Kryteria poza cenowe:**

**Parametry techniczne oferowanego aparatu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L p. | PARAMETR / WARUNEK | Jednostka | Parametr techniczny oferowanego aparatu RTG\* |
| 1 | Detektor - Wielkość piksela |  μm | Max. 125,>100 – 0 pkt≤100 – 6 pkt |
| 2 | Detektor - DQE |  % | Min. 70,<72 – 0 pkt≥72 <75 – 2 pkt≥75 – 5 pkt |
| 3 | Detektor - Matryca detektora | piksele | Min. 10MP,<14MP – 0 pkt≥14MP – 6 pktTak, Podać |
| 4 | Detektor - Kaseta ochronna detektora do zdjęć skośnych z wytrzymałością nacisku min. 250 kg |  | NIE – 0 pktTAK – 4 pktPodać |
| 5 | Stół do zdjęć - Współczynnik pochłaniania promieniowania płyty stołu przy 100 kV  | mm Al | >0,8 – 0 pkt ≤0,8 – 4 pktTak, podać |
| 6 | Stacja lekarska - Automatyczne blendowanie obszaru kolimacji |  | Nie = 0 pktTak = 5 pkt |

\*Uwaga: Wskazanie parametrów technicznych niższych niż wymagane lub wyższych niż dopuszczone przez Zamawiającego będzie skutkowało odrzuceniem oferty przez Zamawiającego ze względu na niezgodność oferty z SIWZ.

1. **Oferowany okres gwarancji** Deklarujemy wydłużenie minimalnego 24 miesięcznego **okresu gwarancji**, wymaganego przez Zamawiającego, do **……………………. miesięcy**\*\*

(*\*\* okres* gwarancji *nie może być krótszy niż 24 miesiące i nie dłuższy niż 48 miesięcy.)*

|  |
| --- |
| 1. Rodzaj przedsiębiorstwa jakim jest Wykonawca (zaznaczyć właściwą opcję)\*\*\*:
 |
|  **□** Mikroprzedsiębiorstwo  |  |  |  |
|  **□** Małe przedsiębiorstwo |  |  |  |
|  **□** Średnie przedsiębiorstwo |  |  |  |
| \*\*\* W przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wypełnić dla każdego podmiotu osobno.Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR. |  |  |  |  |  |

a) czy Wykonawca pochodzi z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej ……..… *(Tak/Nie)*

1. czy Wykonawca pochodzi z innego państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej …..…*(Tak/Nie)*
2. Termin wykonania zamówienia: w zakresie §1 ust. 2 pkt 1-7 umowy, w terminach wcześniej ustalonych z osobą upoważnioną przez Zamawiającego **do 35 dni od** **dnia zawarcia umowy**, a w zakresie §1 ust. 2 pkt 8-10 umowy **do 63 dni od dnia zawarcia umowy**.
3. Termin płatności: zgodnie ze wzorem umowy.
4. Niniejszym oświadczam, że:
* zapoznałem się z warunkami zamówienia i przyjmuję je bez zastrzeżeń;
* zapoznałem się z postanowieniami załączonego do SIWZ wzoru umowy i przyjmuję go bez zastrzeżeń;
* przedmiot oferty jest zgodny z przedmiotem zamówienia;
* jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni, licząc od dnia składania ofert podanego w SIWZ;
1. Podwykonawcom zamierzamy powierzyć wykonanie następujący zakres zamówienia:
2. wykonanie ……………………………. Firma o nazwie: ………………………….. z siedzibą

 w …………………………………. Reprezentowana przez: ………………………………

1. wykonanie ……………………………. Firma o nazwie: ………………………….. z siedzibą

 w …………………………………. Reprezentowana przez: ………………………………

1. Oświadczam, że spełniono wobec mnie obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
2. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

............................., dn. \_ \_ . \_ \_ .2019 r. ………………………..………………………...

*Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki/*

Ta oferta zawiera następujące załączniki:

…………………….

…….……………..

***Załącznik Nr 2A***

**Wykonawca:**

……………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp ),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„Dostawa aparatu rentgenowskiego wraz z adaptacją pomieszczeń pracowni RTG”**

(nazwa zamówienia publicznego)

prowadzonego przez Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy

*(oznaczenie zamawiającego)*

**oświadczam, co następuje**:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego
w  ogłoszeniu o zamówieniu oraz    Rozdziale 5 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia*(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu oraz Rozdziale 5 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),*

**□ nie polegam** na zasobach innego/ych podmiotu/ów \*

**□ polegam** na zasobach innego/ych podmiotu/ów \*

\* zaznaczyć właściwe

Nazwa i adres podmiotu:

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

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

Udostępniane zasoby:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
*(w przypadku zaznaczenia, że Wykonawca w celu wykazania spełniania warunków udziału w postepowaniu polega na zasobach innego podmiotu, należy wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r. ……………………………………...

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

***Załącznik nr 2B***

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………

*imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„Dostawa aparatu rentgenowskiego wraz z adaptacją pomieszczeń pracowni RTG”**

(nazwa zamówienia publicznego)

prowadzonego przez Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy,

*(oznaczenie Zamawiającego),*

oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie **art. 24 ust 1 pkt 12-22** ustawy Pzp.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art**. ………….** ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………………………………………………………

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r. …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: **…………………………………………………………………….………………………** *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

*[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….……**

 *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,

nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

***Załącznik nr 3*** **„Dostawa aparatu rentgenowskiego wraz z adaptacją pomieszczeń pracowni RTG”**

 (nazwa zamówienia publicznego)

**WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE aparatu rentgenowskiego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L p. | PARAMETR / WARUNEK | Jednostka | Parametr wymagany graniczny |
| 1 | Producent |  | Podać |
| 2 | Kraj produkcji urządzenia |  | Podać |
| 3 | Nazwa i typ urządzenia |  | Podać |
| 4 | Aparat RTG i wyposażenie - rok produkcji 2019, urządzenia nowe, nie używane, nie regenerowane, nie demonstracyjne, wszystkie składowe objęte sącertyfikatem CE |  | Tak |
| **I** **System dwukolumnowy do pionowej i poziomej ekspozycji rtg** |
| 1 | Minimalna odległość SID | cm | ≤100  |
| 2 | Maksymalna odległość SID | cm | ≥200 |
| 3 | Minimalny zakres ruchu pionowego lampy RTG na kolumnie (promienia centralnego) | cm | ≥35 do 180 |
| 4 | Informacja o odległości i kącie pochylenia głowicy wyświetlana na monitorze dotykowym LCD nad obudową głowicy |  | tak |
| **II Generator** |  |  |
| 1 | Typ generatora wysokiej częstotliwości (HF) |  | Tak, Podać |
| 2 | Moc | kW | Min. 65 |
| 3 | Zakres dopuszczalnych wahań napięcia zasilającego +/-10% |  | Tak |
| 4 | Maksymalne napięcieMinimalne napięcie  | kVkV | 15040 |
| 5 | Minimalny zakres mAs | mAs | 0,5-600 |
| 6 | Maksymalny czas ekspozycji | s | 6,3 |
| 7 | Minimalny czas ekspozycji | s | 0,001 |
| 8 | Zakres prądowy | mA | 10-800 |
| 9 | Częstotliwość generatora | kHz | 100 |
| 10 | Zasilanie trójfazowe 400V | V | Tak |
| **III Lampa rtg i kolimator** |  |  |
| 1 | Wielkość ogniska dużego wg normy IEC (PN-EN) 60336 |  | 1,2 |
| 2 | Wielkość ogniska małego wg normy IEC (PN-EN) 60336 |  | 0,6 |
| 3 | Moc dużego ogniska | kW | ≥75 |
| 4 | Moc małego ogniska  | kW | ≥30 |
| 5 | Pojemność cieplna anody | kHU | ≥300 |
| 6 | Pojemność cieplna kołpaka lampy RTG  | kJ | min. 1100Tak, podać |
| 7 | Prędkość obroty anody | obr./min | 2800 |
| 8 | Kolimator ręczny z obrotem  |  | ≥+/- 45°Tak, podać |
| 9 | Zakres rotacji lampy wzgl. osi poziomej  |  | min.+/-120°Tak, podać |
| 10 | Obrót ramienia z lampą do projekcji bocznych (lateralnych) o 90° |  | Tak, podać |
| 11 | System pomiaru dawki (DAP) z automatycznym odczytem i archiwizacją |  | Tak |
| 12 | Wysuniecie lampy w osi poziomej | cm | min.+/-12Tak, podać |
| 13 | Automatyczne zabezpieczenie lampy przed przegrzaniem |  | Tak |
| 14 | Wbudowana filtracja AL. i Cu |  | Tak |
| **IV Detektor** |  |  |
| 1 | Płaski detektor cyfrowy, wykonany z amorficznego silikonu TFT/CsI |  | Tak |
| 2 | Mobilny i bezkablowy (wireless) |  | Tak |
| 3 | Głębokość akwizycji  | bit | Min. 16,Tak, Podać |
| 4 | AED automatyczne rozpoznanie dawki |  | Tak  |
| 5 | Wielkość piksela |  μm | Max. 125,>100 – 0 pkt≤100 – 6 pktTak, Podać |
| 6 | DQE |  % | Min. 70,<72 – 0 pkt≥72 <75 – 2 pkt≥75 – 5 pktTak, Podać |
| 7 | AEC – automatyczna kontrola ekspozycji (komora trójpolowa) |  | Tak |
| 8 | Matryca detektora | piksele | Min. 10MP,<14MP – 0 pkt≥14MP – 6 pktTak, Podać |
| 9 | Rozmiar detektora (obszar aktywny) | mm | Min. 350 x 430Tak, Podać |
| 10 | Kaseta ochronna detektora do zdjęć skośnych z wytrzymałością nacisku min. 250 kg |  | NIE – 0 pktTAK – 4 pktPodać |
| 11 | Waga detektora | kg | Max. 4Tak, Podać |
| 12 | Dwa akumulatory ( jeden rezerwowy plus stacja ładowania ) |  | Tak  |
| **V Stół do zdjęć** |  |  |
| 1 | Typ stołu stacjonarny z automatyczną regulacją wysokości i pływającym blatem | - | Tak |
| 2 | Najniższa wysokość blatu pacjenta od podłogi (liczona do górnej krawędzi blatu) | [cm] | maks. 55,Tak, podać |
| 3 | Najwyższa wysokość blatu pacjenta od podłogi (liczona do górnej krawędzi blatu) | cm | min. 85Tak, podać |
| 4 | Szerokość stołu do badania | cm | Min. 80Tak, podać |
| 5 | Długość stołu | cm | Min. 215Tak, podać |
| 6 | Dopuszczalna masa pacjenta  | kg | min 250Tak, podać |
| 7 | Przesuw wzdłużny blatu stołu | cm | Min. +/-45Tak, podać |
| 8 | Przesuw poprzeczny blat stołu | cm | Min. +/-12Tak, podać |
| 9 | Mechaniczna blokada ruchu blatu pływającego stołu  |  | Tak |
| 10 | SID dla wykonania zdjęć pacjentowi leżącemu na stole | cm | min. 140,Tak, podać |
| 11 | Automatyka mechanizmu podnoszenia i opuszczania blatu stołu sterowana elektronicznie |  | Tak |
| 12 | Zintegrowana komora jonizacyjna |  | Tak  |
| 13 | Współczynnik pochłaniania promieniowania płytystołu przy 100 kV  | mm Al | >0,8 – 0 pkt ≤0,8 – 4 pktTak, podać |
| 14 | Automatyczne ustawianie się detektora w osi wertykalnej lampy (mechanizm nadążania detektora za lampą)  |  | Tak |
| 15 | Kratka przeciwrozproszeniowa zmożliwością jej wyciągania bezużycia narzędzi |  | Tak |
| 16 | Odległość górnej krawędzi blatu od detektora | cm | max. 7Tak, podać |
| 17 | Wyłącznik bezpieczeństwa zamocowany w stole |  | Tak |
| **VI Statyw do zdjęć** |  |  |
| 1 | Zintegrowana komora jonizacyjna | - | Tak |
| 2 | Kratka przeciwrozproszeniowa zmożliwością wyciągania bezużycia narzędzi |  | Tak |
| 3 | Minimalny zakres ruchu pionowego detektora na kolumnie (promienia centralnego) | cm | 35-180 Tak, podać |
| 4 | AEC – automatyczna kontrola ekspozycji (komora trójpolowa) |  | Tak |
| 5 | Górny uchwyt rąk pacjenta dla projekcji bocznej |  | Tak |
| **VII Stacja akwizycyjna technika**  |  |  |
| 1 | Komputer klasy PC |  | Tak |
| 2 | Pamięć Ram min 4GB |  | Tak |
| 3 | Dysk Twardy HDD min 500GB |  | Tak |
| 4 | Monitor LCD  |  | Min. 24”Tak, podać |
| 5 | System operacyjny  |  | Tak, Podać |
| 6 | Klawiatura i mysz. |  | Tak |
| 7 | Grafika zintegrowana |  | Tak |
| 8 | Procesor  |  | Min. dual core i5Tak, podać |
| 9 | UPS dobrany mocą do zastosowanego komputera ze sterowaniem zapewniającym automatyczne, sekwencyjne zamykanie oprogramowania |  | Tak |
|  | **Funkcje stacji:** |  |  |
| 10 | Automatyczne czytanie danych z HIS i RIS przez interfejs DICOM |  | Tak |
| 11 | Możliwość wprowadzania danych ręcznie |  | Tak |
| 12 | Automatyczna selekcja badania z Worklisty |  | Tak |
| 13 | Możliwość definiowania programów anatomicznych dla każdego badania APR |  | Tak |
| 14 | Rejestracja dawki dla każdego badania |  | Tak |
| 15 | Automatyczna optymalizacja zdjęć po badaniu  |  | Tak |
| 16 | Obrót obrazu  |  | Tak |
| 17 | Mirroring tj. Odbicie lustrzane |  | Tak |
| 18 | Automatyczny zrzut obrazu z obszaru kolimacji |  | Tak |
| 19 | Ręczny zrzut zaznaczonego obrazu  |  | Tak |
| 20 | Dodawanie znaczników na obrazie |  | Tak |
| 21 | Dodawanie komentarzy na obrazie |  | Tak |
| 22 | Tworzenie histogramów |  | Tak |
| 23 | Definiowanie ustawień dla min 2 użytkowników |  | Tak |
| 24 | Pełna kompatybilność z siecią DICOM |  | Tak |
| 25 | Możliwość wydruku zdjęć na drukarkach cyfrowych, kliszowych DICOM |  | Tak |
| 26 | Zdalny dostęp serwisowy  |  | Tak |
| 27 | System zabezpieczony przed ingerencją osoby bez uprawnień |  | Tak |
| 28 | Polska wersja językowa oprogramowania |  | Tak, podać |
| 29 | Instrukcja obsługi w jęz. polskim |  | Tak |
| **VIII Stacja lekarska** |  |  |
| 1 | - Monitor diagnostyczny - 2 sztuki- min. 21” - czarno-biały, pionowy, LCD,- rozdzielczość co najmniej 2MP- jasność co najmniej 1200 cd/m2,- kontrast co najmniej 1400:1,- min. 14 bitów- kąt widzenia min +/-170°- rozmiar piksela 0,25mm- certyfikat sparowania monitorów |  | Tak |
| 2 | Dodatkowy monitor do wyświetlania danych demograficznych pacjenta oraz opisów badań w systemie RIS:- kolorowy panorama, LCD - min 23” |  | Tak |
| 3 | Komputer klasy PC |  | Tak |
| 4 | Zegar min 2 x 3,10 GHz |  | Tak |
| 5 | Pamięć Ram min 8GB |  | Tak |
| 6 | Dysk Twardy HDD min 2TB (RAID)- możliwość poszerzenia przestrzeni dyskowej |  | Tak |
| 8 | Klawiatura i mysz USB. |  | Tak |
| 9 | Karta sieciowa 1 GB/sec |  | Tak |
| 10 | System operacyjny Windows 10 |  | Tak, Podać |
| 11 | Karta graficzna dedykowana do monitorów medycznych:-10Bit – dla 1024 – odcieni szarości, - bus System PCI-E 3.0 x 16, -memory bandwidth 82 GB/s-memory Interface 128 Bit-Pamięć graficzna: min. 4GB – (GDDR5), -4 x mini DisplayPort |  | Tak |
| 12 | Karta dźwiękowa zgodna z AC 97 |  | Tak |
| 13 | UPS dobrany mocą do zastosowanego komputera ze sterowaniem zapewniającym automatyczne, sekwencyjne zamykanie oprogramowania |  | Tak |
| 14 | Funkcje oprogramowania |  |  |
| 14.1 | Odczyt obrazów z nośników CD/DVD |  | Tak |
| 14.2 | Przeglądanie obrazów w standardzie DICOM |  | Tak |
| 14.3 | Lokalne archiwum obrazów |  | Tak |
| 14.4 | Przeszukiwanie listy pacjentów wg różnych kryteriów demograficznych |  | Tak |
| 14.5 | System RIS i archiwum PACS gwarantujący następujące funkcje:- wyświetlenie nieopisanego obrazu diagnostycznego na dowolnym monitorze diagnostycznym, - bezstratna kompresja przechowywanych zdjęć ”w locie”  |  | Tak |
| 14.6 | Wydruk badań na kamerach cyfrowych poprzez DICOM Print |  | Tak |
| 14.7 | Nagrywanie płyt CDROM z wybranym zestawem badań obrazowych i przeglądarką DICOM uruchamiającą się automatycznie na komputerze klasy PC z systemem Windows |  | Tak |
| 14.8 | Możliwość eksportu badań wykonanych na dysk zewnętrzny i po opracowaniu na stacji lekarskiej zaimportowanie na powrót do serwera PACS |  | Tak, Podać |
| 14.9 | Polska wersja językowa programu i instrukcji obsługi |  | Tak |
| 14.10 | Przejrzysty, łatwy do dostosowania układ ekranów (ang. Layout) |  | Tak |
| 14.11 | Pełny zakres zmian okna wyświetlania, oddzielnie dla każdego panelu.  |  | Tak |
| 14.12 | Funkcja płynnego powiększania obrazu |  | Tak |
| 14.13 | Filtry wygładzające obraz |  | Tak |
| 14.14 | Pomiar gęstości obrazu |  | Tak |
| 14.15 | Podstawowe pomiary – kąt, ciągłypomiar kąta, pionowa i pozioma odległość między dwoma liniami prostymi, pomiar gęstości (w punkcie, kole, elipsie lub prostokącie), pole powierzchni prostokąta, koła, elipsy. |  | Tak |
| 14.16 | Narzędzia dla pomiaru skoliozy oraz kąta CE |  | Tak |
| 14.17 | Możliwość dodawania strzałek i komentarza do zdjęcia |  | Tak |
| 14.18 | Możliwość dowolnego przesuwania pomiarów i komentarzy  |  | Tak |
| 14.19 | Pomiary i komentarze funkcjonują jako jedna “Warstwa” zdjęcia - są zapisywane na stałe w pliku z obrazem (Wprowadzanie pomiarów i komentarzy nie powoduje zmiany oryginalnego pliku DICOM) |  | Tak  |
| 14.20 | Histogramy  |  | Tak |
| 14.21 | Funkcja inwersji obrazu (negatyw) |  | Tak |
| 14.22 | Płynne ustawianie okna dla wywołanego badania |  | Tak |
| 14.23 | Możliwość obrotu zdjęcia o 90, -90 i 180 stopni oraz inwersja stron (odbicia prawo-lewo i góra-dół) |  | Tak |
| 14.24 | Manualne blendowanie obszaru kolimacji |  | Tak |
| 14.24.1 | Automatyczne blendowanie obszaru kolimacji |  | Nie = 0 pktTak = 5 pkt |
| 14.25 | Oprogramowanie diagnostyczne działające po stronie klienta w formie aplikacji typu desktop |  | Tak |
| 14.26 | Możliwość otwierania 16-bitowych obrazów DICOM |  | Tak |
| 14.27 | Wyświetlanie obrazów medycznych w min. 1024 odcieniach szarości (10 bit) |  | Tak |
| 14.28 | Oprogramowanie diagnostyczne zarejestrowane jako wyrób medyczny. |  | Tak |
| 14.29 | Autorouting- przekierowywanie badań do archiwizacji badań na innym serwerze |  | Tak |
| 15 | Dostarczenie bezterminowych licencji oprogramowania dla stacji lekarskich (min. 5 licencji - 1 licencja na 1 stanowisko) |  | Tak |
| **IX Inne** |  |  |
| ~~1~~ | Odbiór aparatu następuje w momencie podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego |  | Tak |
| 2 | Dostępność części zamiennych i serwisu min. 10 lat |  | Tak |
| 3 | Czas przystąpienia serwisu donaprawy w okresie gwarancyjnymw przypadku wystąpienia awariiunieruchamiającej działanieaparatu RTG ≤ 24 godzin |  | Tak |
| 4 | Okres pełnej gwarancji AparatuRTG liczony od daty podpisaniaprotokołu przekazania doużytkowania w pracowni RTG wtym okres gwarancji lampy RTG i Detektora | miesiące | 24 Tak, podać |
| 5 | Ilość bezpłatnych przeglądówaparatu RTG w okresie gwarancji1/rok i ostatni na zakończeniegwarancji |  | Tak |
| 6 | Możliwość zdalnej diagnostykiserwisowej za pośrednictwemłącza internetowego |  | Tak |
| 7 | Przeszkolenie personelumedycznego (lekarzy i technikówRTG) w zakresie obsługi aparatu –Według harmonogramu uzgodnionego z Zamawiającym |  | Tak |
| 8 | Instrukcje obsługi w językupolskim dla oferowanego systemu1 kpl. Wraz z dostawą w formiepapierowej i na nośnikuelektronicznym |  | Tak |
| 9 | Czas reakcji na podjęcie reakcji serwisowych (rozumiane jako kontakt telefoniczny i podjęcie interwencji zdalnej) od poniedziałku do piątku godz. 8-17 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy |  | ≤ 1 godz. |
| 10 | Czas reakcji na podjęcie czynności serwisowych- przyjazd serwisu (działanie podjęte w momencie, kiedy czynność serwisowa zdalna nie przynosi efektu) od poniedziałku do piątku godz. od 8.00-17.00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,  |  | ≤ 24 godz. |
| 11 | Czas skutecznej naprawy nie więcej niż jeden dzień roboczy od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy liczone od momentu przyjazdu serwisu, chyba że naprawa wymaga zamówienia części od producenta. Wówczas max czas skutecznej naprawy wyniesie nie więcej niż 5 dni roboczych. |  | Tak |
| 12 | Aparat i elementy wyposażenia- wyroby medyczne dopuszczony do obrotu i użytkowania. |  | Tak |
| 13 | Oferowane oprogramowania, systemy operacyjne, aplikacyjne będą dostarczone w najnowszej wersji obowiązujące w roku dostawy, a następnie w wersjach aktualizujących w okresie udzielonej gwarancji. |  | Tak |
| 14 | Dostarczenie bezterminowych licencji na oprogramowanie stacji technika i system operacyjny. |  | Tak |

***Załącznik nr 4* „Dostawa aparatu rentgenowskiego wraz z adaptacją pomieszczeń pracowni RTG”**

| **Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych na podstawie obowiązku prawnegociążącego na administratorze**  |
| --- |
| **TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA** | W świetle obowiązujących przepisów Kierownik Samodzielnego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Jasienicy jest administratorem Pani/Pana danych osobowych.  |
| **DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA** | Dane kontaktowe administratora: Jasienica 845, 43-385 Jasienica, tel: 33/8153283 e-mail: kierownik@sgzozjasienica.pl  |
| **DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH** | Dane kontaktowe inspektora ochrony danych Kierownik Samodzielnego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Jasienicy: 43-385 Jasienica 845 tel: 33/8153283, e-mail: iod@sgzozjasienica.pl Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych. |
| **CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA**  | Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego nr SGZOZ/ZP.1.2019 **„Dostawa aparatu rentgenowskiego wraz z adaptacją pomieszczeń pracowni RTG”** prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na podst. art. 39 Pzp; |
| **ODBIORCY DANYCH** | Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 z późn. zm.), dalej „ustawa Pzp”;  |
| **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH** | Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy |
| **INFORMACJE O ZAUTOMATYZOWANYM PODEMOWANIU DECYZJI** | W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO; |
| **PRAWA PODMIOTÓW DANYCH** | * posiada Pani/Pan:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych **\*\***;
* na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO \*;
 |
| **PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO** | Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy RODO. |
| **NIE PRZYSŁUGUJE PRAWO DO:** | * nie przysługuje Pani/Panu:
* w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
* **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO**.
 |
| **INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH** | obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;  |

***\* Wyjaśnienie:*** *skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą Pzp oraz nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników.*

***\*\* Wyjaśnienie:*** *prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.*

***Załącznik Nr 5*** **Wzór zobowiązania podmiotu trzeciego**

**ZOBOWIĄZANIE**

**do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia na:**

**„Dostawa aparatu rentgenowskiego wraz z adaptacją pomieszczeń pracowni RTG”**

 (nazwa zamówienia publicznego)

Ja(/My) niżej podpisany(/ni) …….……………….……………..……………… będąc upoważnionym(/mi) do

 (imię i nazwisko składającego oświadczenie)

reprezentowania:

…………………………….………………………………….………………………………………………..……

(nazwa i adres podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby)

**o ś w i a d c z a m(/y)**,

że stosownie do art. 22a ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych, oddam/my Wykonawcy:

…………………………………………………………………....…………………………….…………….…….

(nazwa i adres Wykonawcy składającego ofertę)

do dyspozycji niezbędne zasoby ……………………………………………………………………………….

 (zakres udostępnianych zasobów)

na potrzeby wykonania zamówienia pn.

**„Dostawa aparatu rentgenowskiego wraz z adaptacją pomieszczeń pracowni RTG”**

(nazwa zamówienia publicznego)

przez okres realizacji zamówienia i w celu jego należytego wykonania.

Zgodnie z art. 22a ust. 4 ustawy w odniesieniu do warunków dotyczących: **wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia**, zobowiązuje się **do realizacji dostaw w zakresie** udostępnionych przeze mnie zasobów.

*………………………………………………..*

*(miejsce i data złożenia oświadczenia) ……………….………………………………….……………..………………………*

 *(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli*

*w imieniu podmiotu oddającego do dyspozycji zasoby*

***Załącznik nr 6*** „**Dostawa aparatu rentgenowskiego wraz z adaptacją pomieszczeń pracowni RTG”**

(nazwa zamówienia publicznego)

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Nazwa, model oferowanego aparatu rentgenowskiego

**…………………………………………………………………………………………………………………………..**

**PARAMETRY TECHNICZNE OFEROWANEGO aparatu rentgenowskiego**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L p. | PARAMETR / WARUNEK | Jednostka | Parametr wymagany graniczny | Parametry oferowanego aparatu RTG |
| 1 | Producent |  | Podać |  |
| 2 | Kraj produkcji urządzenia |  | Podać |  |
| 3 | Nazwa i typ urządzenia |  | Podać |  |
| 4 | Aparat RTG i wyposażenie - rok produkcji 2019, urządzenia nowe, nie używane, nie regenerowane, nie demonstracyjne, wszystkie składowe objęte sącertyfikatem CE |  | Tak |  |
| **I** **System dwukolumnowy do pionowej i poziomej ekspozycji rtg** |  |
| 1 | Minimalna odległość SID | cm | ≤100  |  |
| 2 | Maksymalna odległość SID | cm | ≥200 |  |
| 3 | Minimalny zakres ruchu pionowego lampy RTG na kolumnie (promienia centralnego) | cm | ≥35 do 180 |  |
| 4 | Informacja o odległości i kącie pochylenia głowicy wyświetlana na monitorze dotykowym LCD nad obudową głowicy |  | tak |  |
| **II Generator** |  |  |  |
| 1 | Typ generatora wysokiej częstotliwości (HF) |  | Tak, Podać |  |
| 2 | Moc | kW | Min. 65 |  |
| 3 | Zakres dopuszczalnych wahań napięcia zasilającego +/-10% |  | Tak |  |
| 4 | Maksymalne napięcieMinimalne napięcie  | kVkV | 15040 |  |
| 5 | Minimalny zakres mAs | mAs | 0,5-600 |  |
| 6 | Maksymalny czas ekspozycji | s | 6,3 |  |
| 7 | Minimalny czas ekspozycji | s | 0,001 |  |
| 8 | Zakres prądowy | mA | 10-800 |  |
| 9 | Częstotliwość generatora | kHz | 100 |  |
| 10 | Zasilanie trójfazowe 400V | V | Tak |  |
| **III Lampa rtg i kolimator** |  |  |  |
| 1 | Wielkość ogniska dużego wg normy IEC (PN-EN) 60336 |  | 1,2 |  |
| 2 | Wielkość ogniska małego wg normy IEC (PN-EN) 60336 |  | 0,6 |  |
| 3 | Moc dużego ogniska | kW | ≥75 |  |
| 4 | Moc małego ogniska  | kW | ≥30 |  |
| 5 | Pojemność cieplna anody | kHU | ≥300 |  |
| 6 | Pojemność cieplna kołpaka lampy RTG  | kJ | min. 1100Tak, podać |  |
| 7 | Prędkość obroty anody | obr./min | 2800 |  |
| 8 | Kolimator ręczny z obrotem  |  | ≥+/- 45°Tak, podać |  |
| 9 | Zakres rotacji lampy wzgl. osi poziomej  |  | min.+/-120°Tak, podać |  |
| 10 | Obrót ramienia z lampą do projekcji bocznych (lateralnych) o 90° |  | Tak, podać |  |
| 11 | System pomiaru dawki (DAP) z automatycznym odczytem i archiwizacją |  | Tak |  |
| 12 | Wysuniecie lampy w osi poziomej | cm | min.+/-12Tak, podać |  |
| 13 | Automatyczne zabezpieczenie lampy przed przegrzaniem |  | Tak |  |
| 14 | Wbudowana filtracja AL. i Cu |  | Tak |  |
| **IV Detektor** |  |  |  |
| 1 | Płaski detektor cyfrowy, wykonany z amorficznego silikonu TFT/CsI |  | Tak |  |
| 2 | Mobilny i bezkablowy (wireless) |  | Tak |  |
| 3 | Głębokość akwizycji  | bit | Min. 16,Tak, Podać |  |
| 4 | AED automatyczne rozpoznanie dawki |  | Tak  |  |
| 5 | Wielkość piksela |  μm | Max. 125,>100 – 0 pkt≤100 – 6 pktTak, Podać |  |
| 6 | DQE |  % | Min. 70,<72 – 0 pkt≥72 <75 – 2 pkt≥75 – 5 pktTak, Podać |  |
| 7 | AEC – automatyczna kontrola ekspozycji (komora trójpolowa) |  | Tak |  |
| 8 | Matryca detektora | piksele | Min. 10MP,<14MP – 0 pkt≥14MP – 6 pktTak, Podać |  |
| 9 | Rozmiar detektora (obszar aktywny) | mm | Min. 350 x 430Tak, Podać |  |
| 10 | Kaseta ochronna detektora do zdjęć skośnych z wytrzymałością nacisku min. 250 kg |  | NIE – 0 pktTAK – 4 pktPodać |  |
| 11 | Waga detektora | kg | Max. 4Tak, Podać |  |
| 12 | Dwa akumulatory ( jeden rezerwowy plus stacja ładowania ) |  | Tak  |  |
| **V Stół do zdjęć** |  |  |  |
| 1 | Typ stołu stacjonarny z automatyczną regulacją wysokości i pływającym blatem | - | Tak |  |
| 2 | Najniższa wysokość blatu pacjenta od podłogi (liczona do górnej krawędzi blatu) | [cm] | maks. 55,Tak, podać |  |
| 3 | Najwyższa wysokość blatu pacjenta od podłogi (liczona do górnej krawędzi blatu) | cm | min. 85Tak, podać |  |
| 4 | Szerokość stołu do badania | cm | Min. 80Tak, podać |  |
| 5 | Długość stołu | cm | Min. 215Tak, podać |  |
| 6 | Dopuszczalna masa pacjenta  | kg | min 250Tak, podać |  |
| 7 | Przesuw wzdłużny blatu stołu | cm | Min. +/-45Tak, podać |  |
| 8 | Przesuw poprzeczny blat stołu | cm | Min. +/-12Tak, podać |  |
| 9 | Mechaniczna blokada ruchu blatu pływającego stołu  |  | Tak |  |
| 10 | SID dla wykonania zdjęć pacjentowi leżącemu na stole | cm | min. 140,Tak, podać |  |
| 11 | Automatyka mechanizmu podnoszenia i opuszczania blatu stołu sterowana elektronicznie |  | Tak |  |
| 12 | Zintegrowana komora jonizacyjna |  | Tak  |  |
| 13 | Współczynnik pochłaniania promieniowania płytystołu przy 100 kV  | mm Al | >0,8 – 0 pkt ≤0,8 – 4 pktTak, podać |  |
| 14 | Automatyczne ustawianie się detektora w osi wertykalnej lampy (mechanizm nadążania detektora za lampą)  |  | Tak |  |
| 15 | Kratka przeciwrozproszeniowa zmożliwością jej wyciągania bezużycia narzędzi |  | Tak |  |
| 16 | Odległość górnej krawędzi blatu od detektora | cm | max. 7Tak, podać |  |
| 17 | Wyłącznik bezpieczeństwa zamocowany w stole |  | Tak |  |
| **VI Statyw do zdjęć** |  |  |  |
| 1 | Zintegrowana komora jonizacyjna | - | Tak |  |
| 2 | Kratka przeciwrozproszeniowa zmożliwością wyciągania bezużycia narzędzi |  | Tak |  |
| 3 | Minimalny zakres ruchu pionowego detektora na kolumnie (promienia centralnego) | cm | 35-180 Tak, podać |  |
| 4 | AEC – automatyczna kontrola ekspozycji (komora trójpolowa) |  | Tak |  |
| 5 | Górny uchwyt rąk pacjenta dla projekcji bocznej |  | Tak |  |
| **VII Stacja akwizycyjna technika**  |  |  |  |
| 1 | Komputer klasy PC |  | Tak |  |
| 2 | Pamięć Ram min 4GB |  | Tak |  |
| 3 | Dysk Twardy HDD min 500GB |  | Tak |  |
| 4 | Monitor LCD  |  | Min. 24”Tak, podać |  |
| 5 | System operacyjny  |  | Tak, Podać |  |
| 6 | Klawiatura i mysz. |  | Tak |  |
| 7 | Grafika zintegrowana |  | Tak |  |
| 8 | Procesor  |  | Min. dual core i5Tak, podać |  |
| 9 | UPS dobrany mocą do zastosowanego komputera ze sterowaniem zapewniającym automatyczne, sekwencyjne zamykanie oprogramowania |  | Tak |  |
|  | **Funkcje stacji:** |  |  |  |
| 10 | Automatyczne czytanie danych z HIS i RIS przez interfejs DICOM |  | Tak |  |
| 11 | Możliwość wprowadzania danych ręcznie |  | Tak |  |
| 12 | Automatyczna selekcja badania z Worklisty |  | Tak |  |
| 13 | Możliwość definiowania programów anatomicznych dla każdego badania APR |  | Tak |  |
| 14 | Rejestracja dawki dla każdego badania |  | Tak |  |
| 15 | Automatyczna optymalizacja zdjęć po badaniu  |  | Tak |  |
| 16 | Obrót obrazu  |  | Tak |  |
| 17 | Mirroring tj. Odbicie lustrzane |  | Tak |  |
| 18 | Automatyczny zrzut obrazu z obszaru kolimacji |  | Tak |  |
| 19 | Ręczny zrzut zaznaczonego obrazu  |  | Tak |  |
| 20 | Dodawanie znaczników na obrazie |  | Tak |  |
| 21 | Dodawanie komentarzy na obrazie |  | Tak |  |
| 22 | Tworzenie histogramów |  | Tak |  |
| 23 | Definiowanie ustawień dla min 2 użytkowników |  | Tak |  |
| 24 | Pełna kompatybilność z siecią DICOM |  | Tak |  |
| 25 | Możliwość wydruku zdjęć na drukarkach cyfrowych, kliszowych DICOM |  | Tak |  |
| 26 | Zdalny dostęp serwisowy  |  | Tak |  |
| 27 | System zabezpieczony przed ingerencją osoby bez uprawnień |  | Tak |  |
| 28 | Polska wersja językowa oprogramowania |  | Tak, podać |  |
| 29 | Instrukcja obsługi w jęz. polskim |  | Tak |  |
| **VIII Stacja lekarska** |  |  |  |
| 1 | - Monitor diagnostyczny - 2 sztuki- min. 21” - czarno-biały, pionowy, LCD,- rozdzielczość co najmniej 2MP- jasność co najmniej 1200 cd/m2,- kontrast co najmniej 1400:1,- min. 14 bitów- kąt widzenia min +/-170°- rozmiar piksela 0,25mm- certyfikat sparowania monitorów |  | Tak |  |
| 2 | Dodatkowy monitor do wyświetlania danych demograficznych pacjenta oraz opisów badań w systemie RIS:- kolorowy panorama, LCD - min 23” |  | Tak |  |
| 3 | Komputer klasy PC |  | Tak |  |
| 4 | Zegar min 2 x 3,10 GHz |  | Tak |  |
| 5 | Pamięć Ram min 8GB |  | Tak |  |
| 6 | Dysk Twardy HDD min 2TB (RAID)- możliwość poszerzenia przestrzeni dyskowej |  | Tak |  |
| 8 | Klawiatura i mysz USB. |  | Tak |  |
| 9 | Karta sieciowa 1 GB/sec |  | Tak |  |
| 10 | System operacyjny Windows 10 |  | Tak, Podać |  |
| 11 | Karta graficzna dedykowana do monitorów medycznych:-10Bit – dla 1024 – odcieni szarości, - bus System PCI-E 3.0 x 16, -memory bandwidth 82 GB/s-memory Interface 128 Bit-Pamięć graficzna: min. 4GB – (GDDR5), -4 x mini DisplayPort |  | Tak |  |
| 12 | Karta dźwiękowa zgodna z AC 97 |  | Tak |  |
| 13 | UPS dobrany mocą do zastosowanego komputera ze sterowaniem zapewniającym automatyczne, sekwencyjne zamykanie oprogramowania |  | Tak |  |
| 14 | Funkcje oprogramowania |  |  |  |
| 14.1 | Odczyt obrazów z nośników CD/DVD |  | Tak |  |
| 14.2 | Przeglądanie obrazów w standardzie DICOM |  | Tak |  |
| 14.3 | Lokalne archiwum obrazów |  | Tak |  |
| 14.4 | Przeszukiwanie listy pacjentów wg różnych kryteriów demograficznych |  | Tak |  |
| 14.5 | System RIS i archiwum PACS gwarantujący następujące funkcje:- wyświetlenie nieopisanego obrazu diagnostycznego na dowolnym monitorze diagnostycznym, - bezstratna kompresja przechowywanych zdjęć ”w locie”  |  | Tak |  |
| 14.6 | Wydruk badań na kamerach cyfrowych poprzez DICOM Print |  | Tak |  |
| 14.7 | Nagrywanie płyt CDROM z wybranym zestawem badań obrazowych i przeglądarką DICOM uruchamiającą się automatycznie na komputerze klasy PC z systemem Windows |  | Tak |  |
| 14.8 | Możliwość eksportu badań wykonanych na dysk zewnętrzny i po opracowaniu na stacji lekarskiej zaimportowanie na powrót do serwera PACS |  | Tak, Podać |  |
| 14.9 | Polska wersja językowa programu i instrukcji obsługi |  | Tak |  |
| 14.10 | Przejrzysty, łatwy do dostosowania układ ekranów (ang. Layout) |  | Tak |  |
| 14.11 | Pełny zakres zmian okna wyświetlania, oddzielnie dla każdego panelu.  |  | Tak |  |
| 14.12 | Funkcja płynnego powiększania obrazu |  | Tak |  |
| 14.13 | Filtry wygładzające obraz |  | Tak |  |
| 14.14 | Pomiar gęstości obrazu |  | Tak |  |
| 14.15 | Podstawowe pomiary – kąt, ciągłypomiar kąta, pionowa i pozioma odległość między dwoma liniami prostymi, pomiar gęstości (w punkcie, kole, elipsie lub prostokącie), pole powierzchni prostokąta, koła, elipsy. |  | Tak |  |
| 14.16 | Narzędzia dla pomiaru skoliozy oraz kąta CE |  | Tak |  |
| 14.17 | Możliwość dodawania strzałek i komentarza do zdjęcia |  | Tak |  |
| 14.18 | Możliwość dowolnego przesuwania pomiarów i komentarzy  |  | Tak |  |
| 14.19 | Pomiary i komentarze funkcjonują jako jedna “Warstwa” zdjęcia - są zapisywane na stałe w pliku z obrazem (Wprowadzanie pomiarów i komentarzy nie powoduje zmiany oryginalnego pliku DICOM) |  | Tak  |  |
| 14.20 | Histogramy  |  | Tak |  |
| 14.21 | Funkcja inwersji obrazu (negatyw) |  | Tak |  |
| 14.22 | Płynne ustawianie okna dla wywołanego badania |  | Tak |  |
| 14.23 | Możliwość obrotu zdjęcia o 90, -90 i 180 stopni oraz inwersja stron (odbicia prawo-lewo i góra-dół) |  | Tak |  |
| 14.24 | Manualne blendowanie obszaru kolimacji |  | Tak |  |
| 14.24.1 | Automatyczne blendowanie obszaru kolimacji |  | Nie = 0 pktTak = 5 pkt |  |
| 14.25 | Oprogramowanie diagnostyczne działające po stronie klienta w formie aplikacji typu desktop |  | Tak |  |
| 14.26 | Możliwość otwierania 16-bitowych obrazów DICOM |  | Tak |  |
| 14.27 | Wyświetlanie obrazów medycznych w min. 1024 odcieniach szarości (10 bit) |  | Tak |  |
| 14.28 | Oprogramowanie diagnostyczne zarejestrowane jako wyrób medyczny. |  | Tak |  |
| 14.29 | Autorouting- przekierowywanie badań do archiwizacji badań na innym serwerze |  | Tak |  |
| 15 | Dostarczenie bezterminowych licencji oprogramowania dla stacji lekarskich (min. 5 licencji - 1 licencja na 1 stanowisko) |  | Tak |  |
| **IX Inne** |  |  |  |
| ~~1~~ | Odbiór aparatu następuje w momencie podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego |  | Tak |  |
| 2 | Dostępność części zamiennych i serwisu min. 10 lat |  | Tak |  |
| 3 | Czas przystąpienia serwisu donaprawy w okresie gwarancyjnymw przypadku wystąpienia awariiunieruchamiającej działanieaparatu RTG ≤ 24 godzin |  | Tak |  |
| 4 | Okres pełnej gwarancji AparatuRTG liczony od daty podpisaniaprotokołu przekazania doużytkowania w pracowni RTG wtym okres gwarancji lampy RTG i Detektora | miesiące | 24 Tak, podać |  |
| 5 | Ilość bezpłatnych przeglądówaparatu RTG w okresie gwarancji1/rok i ostatni na zakończeniegwarancji |  | Tak |  |
| 6 | Możliwość zdalnej diagnostykiserwisowej za pośrednictwemłącza internetowego |  | Tak |  |
| 7 | Przeszkolenie personelumedycznego (lekarzy i technikówRTG) w zakresie obsługi aparatu –Według harmonogramu uzgodnionego z Zamawiającym |  | Tak |  |
| 8 | Instrukcje obsługi w językupolskim dla oferowanego systemu1 kpl. Wraz z dostawą w formiepapierowej i na nośnikuelektronicznym |  | Tak |  |
| 9 | Czas reakcji na podjęcie reakcji serwisowych (rozumiane jako kontakt telefoniczny i podjęcie interwencji zdalnej) od poniedziałku do piątku godz. 8-17 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy |  | ≤ 1 godz. |  |
| 10 | Czas reakcji na podjęcie czynności serwisowych- przyjazd serwisu (działanie podjęte w momencie, kiedy czynność serwisowa zdalna nie przynosi efektu) od poniedziałku do piątku godz. od 8.00-17.00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,  |  | ≤ 24 godz. |  |
| 11 | Czas skutecznej naprawy nie więcej niż jeden dzień roboczy od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy liczone od momentu przyjazdu serwisu, chyba że naprawa wymaga zamówienia części od producenta. Wówczas max czas skutecznej naprawy wyniesie nie więcej niż 5 dni roboczych. |  | Tak |  |
| 12 | Aparat i elementy wyposażenia- wyroby medyczne dopuszczony do obrotu i użytkowania. |  | Tak |  |
| 13 | Oferowane oprogramowania, systemy operacyjne, aplikacyjne będą dostarczone w najnowszej wersji obowiązujące w roku dostawy, a następnie w wersjach aktualizujących w okresie udzielonej gwarancji. |  | Tak |  |
| 14 | Dostarczenie bezterminowych licencji na oprogramowanie stacji technika i system operacyjny. |  | Tak |  |

..........................., dn. \_ \_ . \_ \_ .\_\_\_ r. ………………………………………………………………………...

*Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki/*

***Załącznik nr 7***

**Wykaz zrealizowanych robót**

**„Dostawa aparatu rentgenowskiego wraz z adaptacją pomieszczeń pracowni RTG”**

(nazwa zamówienia publicznego)

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**

Stosownie do treści SIWZ w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – to w tym okresie należycie wykonałem, niżej wymienione dostawy :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zadania** | **Zamawiający** | **Wartość zamówienia****w zł.** | **Termin wykonania zamówienia** | **Miejsce realizacji zamówienia** |
| **Nazwa** | **Adres** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |

***Oświadczam/my\* że:***

*poz……………………...wykazu stanowi doświadczenie Wykonawcy składającego ofertę,*

*poz…………..………….wykazu jest doświadczeniem oddanym do dyspozycji przez inny podmiot, na potwierdzenie czego załączam pisemne zobowiązanie tego podmiotu do oddania do dyspozycji swoich zasobów.*

**Wykonawca dołącza dowody** potwierdzające, że ww. dostawy zostały wykonane należycie, np., referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy były wykonywane.

 .........................., dn. \_ \_ . \_ \_ .\_\_\_\_ r.

 ………………………...................................................

  *Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli*

***Załącznik Nr 8*** ***OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ ZGODNIE Z ART. 24 ust. 11 ustawy Pzp***

**„Dostawa aparatu rentgenowskiego wraz z adaptacją pomieszczeń pracowni RTG”**

(nazwa zamówienia publicznego)

**Wykonawca:**

……………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE**

**składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **na:**

**„Dostawa aparatu rentgenowskiego wraz z adaptacją pomieszczeń pracowni RTG”**

(nazwa zamówienia publicznego)

 .

po zapoznaniu się z informacją z otwarcia ofert zamieszczoną przez Zamawiającego na stronie internetowej oświadczam/y, że:

- z żadnym z Wykonawców, którzy złożyli oferty w niniejszym postępowaniu nie należę/nie należymy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji
i konsumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 369)\*;

- wspólnie z ……………………………………………………………………………należę/należymy do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów
(Dz. U. z 2019r. poz. 369) i przedkładam/y niżej wymienione dowody, że powiązania między nami nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w niniejszym postępowaniu \*:

1. …………………………………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………………………………

\* niepotrzebne skreślić

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………..…………………………………………

Podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki