*Załącznik nr 1*

*do Specyfikacji Warunków Zamówienia*

*nr PN-14/25*

*Załącznik nr 1*

*do umowy nr PN-14/25*

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (DOSTAWY)**

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta.

1. Informacje ogólne dotyczące przedmiotu zamówienia (*tabelę proszę powielić
wg potrzeb*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | nazwa urządzenia/ nazwa katalogowa  |  |
| 2 | model i typ |  |
| 3 | producent (nazwa/ siedziba) |  |
| 4 | kraj pochodzenia |  |

1. Parametry przedmiotu zamówienia wymagane bezwzględnie i podlegające ocenie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **wymagania techniczne** | **parametrywymagane** | **parametry oferowane****(kolumnę Wypełnia WYKONAWCA)** |
| **I.** | **wymagania ogólne** | **-** | **-** |
| 1. | mobilny system rentgenowski z detektorem cyfrowym dedykowany do śródoperacyjnej radiografii tkanek i bioptatów | tak |  |
| 2. | rok produkcji urządzenia 2025, urządzenie nowe, nieużywane, nierekondycjonowane, kompletne, gotowe do użycia w najnowszej wersji sprzętowej i oprogramowania oferowanej przez producenta w dniu składania oferty | tak |  |
| 3. | konstrukcja urządzenia pozwalająca na bezpieczną pod względem ochrony radiologicznej pracę personelu, nie wymagająca stosowania dodatkowych osłon przed promieniowaniem | tak |  |
| 4. | system dedykowany do prześwietlania piersi oraz innych tkanek miękkich np. nerek, jajników, wątroby, itp.  | tak |  |
| 5. | zakres wysokiego napięcia do min 90 kV  | tak, proszę podać |  |
| 6. | powierzchnia obrazowania detektora min. 10” x 12” +/- 1% | tak, proszę podać |  |
| 7. | rozmiar piksela max. 50 µm | tak, proszę podać |  |
| 8. | rozdzielczość przestrzenna w trybie kontaktowym min. 7,1 lp/mm  | tak, proszę podać |  |
| 9. | rozdzielczość detektora min. 4608 pikseli x 5890 pikseli +/- 1% | tak, proszę podać |  |
| 10. | rozdzielczość kamery optycznej min. 15 megapikseli | tak, proszę podać |  |
| 11. | obrazowanie rentgenowskie w trybie 3D (tomosynteza) z uzyskaniem obrazów płaszczyzn oddalonych o max. 1 mm, z możliwością rekonstrukcji obrazu 2D | tak, proszę podać |  |
| 12. | możliwość płynnego nakładania obrazu kamery optycznej z obrazem rentgenowskim | tak |  |
| 13. | czas na uzyskanie obrazu max 30 sek. | tak, proszę podać |  |
| 14. | auto-optymalizacja obrazu (automatyczne dostosowanie kontrastu) | tak |  |
| 15. | ręczny lub automatyczny dobór parametrów ekspozycji | tak |  |
| 16. | minimum 5 współczynników powiększenia geometrycznego | tak, proszę podać |  |
| 17. | maksymalny współczynnik powiększenia geometrycznego min. 3 | tak, proszę podać |  |
| 18. | wskaźnik laserowy ułatwiający pozycjonowanie obrazowanego wycinka | tak |  |
| 19. | bezpieczne otwieranie drzwi komory, wstrzymujące ekspozycję promieniowania | tak |  |
| 20. | zabezpieczenie za pomocą kluczyka przed nieautoryzowanym użyciem  | tak |  |
| 21. | oprogramowanie umożliwiające współpracę z detektorem promieniowania gamma (obrazowanie wyników na ekranie urządzenia) | tak |  |
| 22. | sterowanie głosowe wybranymi funkcjami oprogramowania | tak |  |
| 23. | wymiary komory wewnętrznej - objętość dostępna dla próbki badanej (długość x szerokość x wysokość) min. 54 cm x 26 cm x 47 cm | tak, proszę podać |  |
| 24. | budowa powierzchni wewnętrznej komory aparatu umożliwiająca czyszczenie i dezynfekcję | tak |  |
| 25. | waga urządzenia max. 300 kg | tak, proszę podać |  |
| 26. | wymiary urządzenia (długość x szerokość x wysokość) max. 75 cm x 80 cm x 170 cm +/- 1% | tak, proszę podać |  |
| **II.** | **komputer akwizycyjny** | **-** | **-** |
| 1. | komputer akwizycyjny z oprogramowaniem opartym na systemie Windows 11 w wersji Professional, pamięci min. ram 16GB, interfejs sieciowy LAN min. 1 GB/s, obsługa WoL (Wake on LAN), moduł TPM do szyfrowania dysków. | tak, proszę podać |  |
| 2. | pojemność dysku twardego na obrazy medyczne min. 256 GB | tak, proszę podać |  |
| 3. | funkcjonalność pozwalająca na manualne wprowadzanie danych demograficznych pacjenta i pobrania tych informacji z systemu HIS/RIS | tak |  |
| 4. | wsparcie polskiej strony kodowej ISO 192 przy obsłudze worklisty i polskich znaków lub rozwiązanie alternatywne | tak |  |
| 5. | oprogramowanie umożliwiające co najmniej: * przeglądanie uzyskanych obrazów DICOM,
* umieszczanie adnotacji na obrazie,
* powiększanie wybranego fragmentu obrazu,
* pomiar odległości
 | tak |  |
| 6. | możliwość wysyłania zakończonych badań na serwer PACS | tak |  |
| 7. | * WYKONAWCA zintegruje się z systemem PACS firmy Siemens w celu funkcjonalności przesyłania obrazów i jednocześnie zintegruje się z Worklistą systemu Eskulap firmy Nexus Polska,
* po stronie WYKONAWCY jest dostarczenie wszelkich niezbędnych licencji do uruchomienia wskazanych integracji
 | tak |  |
| 8. | monitor do oceny zdjęć, spełniający wymogi monitora przeglądowego mammograficznego, skalibrowany do wyświetlania obrazów zgodnie z krzywą DICOM, o przekątnej min. 24’’ oraz rozdzielczości min. 2,0 MPix | tak, proszę podać |  |
| 9. | zasilanie sieciowe lub zasilanie sieciowo-bateryjne  | tak |  |
| 10. | zasilacz awaryjny UPS podtrzymujący zasilanie w przypadku utraty zasilania zewnętrznego; o pojemności umożliwiającej swobodne zakończenie pracy i wyłącznie systemu |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **III.** | **warunki instalacji i gwarancji** | **-** | **-** |
| 1. | dostawa, montaż i uruchomienie przedmiotu zamówienia, w miejscu wskazanym przez ZAMAWIAJĄCEGO, w cenie dostawy | tak |  |
| 2. | instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej  | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 3. | DTR w języku polskim w formie i elektronicznej,  | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 4. | wykaz części zamiennych wraz z numerami katalogowymi | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy, na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 5. | szkolenie personelu (10 osób) z obsługi urządzenia w cenie dostawy  | tak, potwierdzone protokołem szkolenia  |  |
| 6. | wykaz czynności jakie powinny być wykonane przez inżyniera serwisu podczas wykonywania okresowego przeglądu technicznego w formie elektronicznej (check-lista)  | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 7. | wykaz podmiotów obsługi serwisowej – dokument, o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 9 maja 2022 r. | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 8. | gwarancja dostępności serwisu, oprogramowania i części zamiennych, przez co najmniej 10 lat od daty dostawy | tak |  |
| 9. | wyrób zgodny z ustawą o wyrobach medycznych | tak |  |
| 10. | paszport techniczny z odpowiednimi wpisami, potwierdzającymi montaż, uruchomienie, szkolenie z informacją o sprawności urządzenia,  | tak, w dniu dostawy |  |
| 11. | wykaz poszczególnych urządzeń wraz z numerami fabrycznymi (jeżeli posiadają) oraz ceną brutto  | tak, w dniu dostawy |  |
| 12. | urządzenia są, lub będą pozbawione wszelkich blokad, w tym w szczególności kodów serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby ZAMAWIAJĄCEMU dostęp do opcji serwisowych | tak |  |
| **VII.** | **serwis gwarancyjny** |  |  |
| 1. | w okresie gwarancji w cenie dostawy wykonywane będą:1. przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniem producenta zawartym w dokumentacji technicznej.
2. testy specjalistyczne w cyklu co 12 miesięcy.
3. naprawy gwarancyjne, wraz z materiałami eksploatacyjnymi, niezbędnym transportem sprzętu i wymianą części
 | tak, proszę podać  |  |
| 2. | wykonanie przeglądu technicznego ostatnim miesiącu trwania gwarancji w cenie dostawy | tak |  |
| 3. | przestrzeganie wymaganych terminów wykonywania okresowych przeglądów technicznych i testów specjalistycznych należy do WYKONAWCY, bez konieczności zlecania (przypominania) przez ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  |
| 4. | pełna obsługa serwisowa w okresie obowiązywania gwarancji w cenie dostawy | tak |  |
| 5. | WYKONAWCA powiadomi ZAMAWIAJĄCEGO z 30 dniowym wyprzedzeniem o terminie wykonania okresowego przeglądu technicznego drogą elektroniczną, na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl | tak |  |
| 6. | maksymalnie 24 godzinny czas reakcji serwisu określony jako rozpoczęcie czynności diagnostycznych w dni robocze od chwili powiadomienia przez ZAMAWIAJĄCEGO o nieprawidłowej pracy przedmiotu zamówienia | tak |  |
| 7. | maksymalnie 3 dniowy (roboczy) czas usunięcia awarii, w sytuacji, gdy z przyczyn technicznych niezależnych od Wykonawcy dotrzymanie terminu jest niemożliwe, to ostateczny termin usunięcia awarii nie może przekraczać 5 dni roboczych | tak |  |
| 8. | maksymalnie 3 naprawy tego samego elementu lub podzespołu w okresie trwania gwarancji, uprawniający ZAMAWIAJĄCEGO do żądania wymiany na fabrycznie nowy element lub podzespół | tak |  |
| 9. | nastąpi ponowny bieg terminu gwarancji na urządzenie medyczne w przypadku dostarczenia innego urządzenia wolnego od wad | tak |  |
| 10. | przedłużenie terminu gwarancji o czas, w ciągu którego wskutek wady urządzenia objętego gwarancją ZAMAWIAJĄCY nie mógł z niego korzystać – w przypadku napraw innej, niż wskazana wyżej w pkt. 9 | tak |  |
| 11. | wszelkie czynności serwisowe wykonywane będą w siedzibie ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  |
| 12. | fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia | tak |  |
| 13. | 12 miesięczny okres gwarancji na wymieniane części zamienne w procesie naprawy urządzenia | tak |  |
| 14. | wszystkie wymieniane materiały zużywalne fabrycznie nowe | tak |  |
| 15. | zgłoszenia awarii realizowane drogą elektroniczną na e-mail podany przez WYKONAWCĘ  | tak |  |
| 16. | wystawienie protokołu serwisowego po każdej naprawie oraz wpis do paszportu technicznego | tak |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 r. | *podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu WYKONAWCY* |