OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (część 1 zamówienia)

Aparat do densytometrii
Nazwa producenta: ……
Nazwa i typ: .....
Rok produkcji: nie wcześniej niż 2019 r.
Ilość: 1 sztuka
Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2019), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRÓW	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
1	2	3	4
Generator, lampa, detektor			
1.	Technologia obrazowania zapewniająca minimalne ryzyka wystąpienia efektu powiększenia i zniekształcenia obiektów leżących poza osia	**Tak, podać**	
2.	Technologia z zastosowaniem wiązki ołówkowej	**Tak**	
3.	Badania dwu – energetyczne	**Tak**	
4.	Maksymalne napięcie generatora ≥ 110 kV	**Tak, podać**	
5.	Maksymalny prąd lampy ≥ 2,4 mA	**Tak, podać**	
6.	Kąt anody 12^0	**Tak, podać**	
7.	Ognisko lampy ≤ 0,6 mm	**Tak, podać**	
8.	Pojemność cieplna anody ≥ 50kHU	**Tak, podać**	
9.	Pojemność cieplna kołpaka ≥ 670kHU	**Tak, podać**	
10.	Detektor typu HPPTs	**Tak, podać**	
11.	Materiał detektora LaCI3	**Tak**	
12.	Zasilanie 220 – 240VAC (±10%)	**Tak, podać**	
Obrazowanie i pomiary			
13.	Obszar badania ≥ 200 x 65 cm	**Tak, podać**	
14.	Skanowanie w osiach X i Y	**Tak**	
15.	Cały kościec/ całe ciało z analizą gęstości kości, masy kości, składu ciała – tkanka tłuszczowa i beztłuszczowa masa ciała z oceną ilości tłuszczu trzewnego	**Tak**	
16.	Kręgosłup w projekcji AP min. L1 – L4, analiza skoliozy	**Tak, podać**	
17.	Kręgosłup w projekcji bocznej pomiar gęstości kości	**Tak**	
18.	Morfometria trzonów kręgowych w projekcji bocznej	**Tak**	
19.	Biodro/ oba biodra w jednym pomiarze z oceną geometrii biodra/ bioder	**Tak**	

.....
podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Lp.	OPIS PARAMETRÓW	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
1	2	3	4
20.	Biodro opcja ortopedyczna z oceną gęstości kości w sferach Gruena	**Tak**	
21.	Przedramię	**Tak**	
22.	Ręka	**Tak**	
23.	Referencyjne bazy danych składu ciała dla dorosłych	**Tak**	
24.	Badania ortopedyczne z pomiarami w obrębie protez	**Tak**	
25.	Narzędzie do zarządzania protezami	**Tak**	
26.	Cyfrowa ocen kręgów (DVA)	**Tak**	
27.	Pomiar kąta Cobba z AP-DVA	**Tak**	
28.	Wskaźnik laserowy do pozycjonowania pacjenta	**Tak**	
29.	Automatyczna kalibracja	**Tak**	
30.	Czas badania kości udowej ≤ 1s	**Tak, podać**	
31.	Czas badania kręgosłup AP ≤ 60 s	**Tak, podać**	
32.	Czas badania całego ciała ≤ 4 min	**Tak, podać**	
33.	Możliwość rozbudowy o dedykowane oprogramowanie do automatycznej wizualizacji wyników badań na modelu 3D kości udowej	**Tak, podać nazwę, opisać**	
	Stacja robocza		
34.	Łączność DICOM (HIS, RIS, PACS) DICOM Push&Print, przechowywanie, DICOM Worklist	**Tak**	
35.	Format eksportowych danych min. JPEG i PDF	**Tak, podać**	
36.	Obsługa wielu użytkowników (login i hasło)	**Tak**	
37.	System operacyjny min. Windows 7	**Tak, podać**	
38.	Pamięć RAM min. 2 GB	**Tak, podać**	
39.	Dysk twardy min. 300 GB	**Tak, podać**	
40.	Nagrywarka CD/ DVD	**Tak**	
41.	Drukarka kolorowa laserowa	**Tak, podać**	
42.	Możliwość importu danych z densytometrów innych producentów	**Tak**	
43.	Obsługa wielu użytkowników (możliwość konfigurowania różnych profili min. technik, lekarz)	**Tak**	
44.	Oprogramowanie do zarządzania zdalnego: oprogramowanie do nadzoru i wykrywania błędów poprzez sieć teleinformatyczną	**Tak**	
45.	Intersejf w języku polskim	**Tak**	
	Wymiary fizyczne i inne		

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Lp.	OPIS PARAMETRÓW	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
1	2	3	4
46.	Wysokość stołu ≤ 60 cm	**Tak, podać**	
47.	Waga ≤ 280 kg	**Tak, podać**	
48.	Maksymalny pobór prądu ≤ 600 W	**Tak, podać**	
Warunki dodatkowe			
49.	Wykonanie projektu ochrony radiologicznej oraz spełnienie niezbędnych wymogów i uzyskanie przez Wykonawcę decyzji na dopuszczenie aparatu do użytkowania.	**Tak**	
50.	Wykonanie testów akceptacyjnych po zainstalowaniu urządzenia	**Tak**	

Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
1.	Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy)[liczba miesięcy] UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. max. okres gwarancji 5 lat.	**Tak**	
2.	Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 10 lat.	**Tak, podać**	
3.	Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień, w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać w pełni sprawnego sprzętu.	**Tak**	
	WARUNKI SERWISU		
4.	W cenie oferty Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia przeglądów przez okres gwarancji w ramach zaoferowanej ceny, liczonych od daty bezusterkowego protokolarnego przekazania sprzętu, przy czym ostatni przegląd powinien odbyć się na miesiąc przed zakończeniem ww. okresu, przeglądy powinny się odbywać zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy	**Tak**	
5.	Wszystkie czynności serwisowe, w tym podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego	**Tak**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK", A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
6.	Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok	**Tak**	
7.	Wymiana każdego podzespołu na nowy po dwóch nieskutecznych próbach naprawy, jeżeli podzespół uległ uszkodzeniu po raz trzeci	**Tak**	
8.	Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii.	**Tak**	
9.	Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość gwarancji realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności)	**Tak, podać**	
10.	Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy	**Tak, podać**	
	SZKOLENIA		
11.	Szkolenie dla personelu medycznego – min. 10 osób i technicznego – min 2 osoby. Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny – 5 osób i technicznego – 1 osoba	**Tak**	
12.	Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza.	**Tak**	
13.	Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzenia,	**Tak**	
14.	Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie). UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta.	**Tak**	
15.	Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszporty techniczne zawierające co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują).	**Tak**	

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Lp.	GWARANCJA	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
16.	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji.	**Tak**	
17.	Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	**Tak**	
18.	Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest ze środków Unii Europejskiej, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia	**Tak**	

UWAGI: Parametry zostaną potwierdzone folderami lub kartami katalogowymi oferowanego wyrobu – zgodnie z wymaganiami wskazanymi w SIWZ.

Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie wskazano „**podać**”, będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

.....

podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy