**Zadanie nr 3 Załącznik nr 8 do SIWZ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW GRANICZNYCH (ODCINAJĄCYCH)**

Przedmiot przetargu**: Kolposkop z oprzyrządowaniem – 1 szt.**

Producent/Firma: .................................................................................................................................................................................

Urządzenie typ: .........................................................................................Rok produkcji...................................................................

**UWAGA: Oferent wypełniając rubrykę „TAK/NIE/Oferowane parametry” powinien wpisywać w nie słowa „tak” lub „nie” oraz podawać rzeczywiste wartości liczbowe bądź opis funkcjonalności poszczególnych parametrów technicznych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr/Warunek** | **Warunek graniczny** | **Tak/Nie/Oferowane Parametry** |
| **Warunki ogólne i serwisowe** |
|  | Oferowana aparatura musi być fabrycznie nowa (aparatura nie używana, nie rekondycjonowana, nie powystawowa, wszystkie elementy składowe i podzespoły fabrycznie nowe) wyprodukowana nie wcześniej niż w roku 2019. | TAK |  |
|  | Dostarczona aparatura musi być bez-względnie wyposażona we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim (również w wersji angielskiej) w formie papierowej oraz elektronicznej, dokumentację serwisową w języku angielskim lub polskim w formie elektronicznej.  | TAK |  |
|  | Od wykonawcy wymaga się:* zainstalowania dostarczonej aparatury
* przeszkolenia personelu medycznego w zakresie obsługi dostarczonej aparatury, a w razie konieczności przeszkolenia personelu technicznego w zakresie obsługi technicznej (czynności diagnostycznych,  okresowych konserwacji oraz usuwania prostych usterek technicznych),
* wykonania przez Wykonawcę testów bezpieczeństwa dla zainstalowanej aparatury.
* wykonania przez Wykonawcę testów akceptacyjnych oraz testów specjalistycznych
 | TAKTAKTAKTAK |  |
|  | Wykonawca powinien zapewnić co najmniej 2 letnią i maksymalnie 6 letnią gwarancję prawidłowego działania oferowanej aparatury, obejmującą części składowe i zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja) | TAK |  |
|  | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia. | TAK |  |
|  | W przypadku stwierdzenia - w czasie okresu gwarancji lub w czasie roku po jej wygaśnięciu - braków w dokumentacji serwisowej lub oprogramowaniu serwisowym firma zobowiązuje się do jej uzupełnienia. | TAK |  |
|  | W okresie trwania gwarancji w przypadku awarii aparatury trwającej dłuższej niż 2 dni wykonawca zobowiązany jest do przedłużenia okresu gwarancji o czas trwania awarii, a w przypadku awarii trwającej dłużej niż 14 dni oferent zobowiązuje się w okresie gwarancji do wstawienia urządzenia zastępczego. | TAK |   |
|  | Oferent zobowiązany jest, w czasie eksploatacji aparatu, udzielać co najmniej roczną gwarancję na wszystkie części zamienne oraz co najmniej półroczną gwarancję na wykonane usługi serwisowe. | TAK |  |
|  | Czas reakcji serwisu w okresie gwarancji (pojawienie się pracownika serwisu w miejscu awarii w dni robocze lub zdalna diagnostyka realizowana na urządzeniach Wykonawcy i złączach(sieci) niezależnej od sieci szpitalnej bez dodatkowych kosztów dla Zamawiającego lub udostępnionego przez zamawiającego łącza VPN) maksimum 24 godziny od chwili zgłoszenia awarii. | TAK |  |
|  | Czas skutecznej naprawy niewymagającej importu części – maksimum 2 dni robocze | TAK |  |
|  | Czas skutecznej naprawy wymagającej importu części – maksimum 5 dni roboczych | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji oferent zobowiązany jest w cenie oferty do przeprowadzenia przeglądów technicznych i testów bezpieczeństwa oferowanej aparatury zgodnie z wymaganiami producenta oraz wykonania testów specjalistycznych. | TAK |  |
|  | Oferowane urządzenia muszą spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną | TAK |  |
| **Warunki techniczno-użytkowe** |
| 14. | Oferowany zestaw do kolposkopii na wózku transportowym z półką w skład, którego wchodzi:- głowica mikroskopu stereoskopowa na ramieniu- monitor obrazowy na ramieniu statywu jezdnego - aparat o wysokiej rozdzielczości z funkcją autofocusu- czterokołowa podstawa z blokadą min. 2 kół | TAKTAKTAKTAKTAK |  |
| 15. | Ogniskowa obiektywu | Min. 250mm |  |
| 16. | Nasadka okularowa ukośna 45° | TAK |  |
| 17. | Zakres poziomego obrotu głowicy | Min. prawo 90°/ lewo 90° |  |
| 18. | Zakres obrotu ramienia w stosunku do położenia podstawy |  270° |  |
| 19. | Operowanie ruchem kolposkopu za pomocą jednego uchwytu | TAK |  |
| 20. | Max wysuw głowicy w poziomie | Min. 590mm |  |
| 21. | Zakres przesuwu głowicy w pionie |  Min. 930mm /max. 1230mm |  |
| 22. | Zakres zmian powiększeń - bezstopniowy | Przy odległości 220 mm - w zakresie min. 3,7x – 23,4x |  |
| 23. | Rodzaj optyki | apochromatyczna |  |
| 24. | Możliwość precyzyjnego wyostrzania jednym pokrętłem  | TAK |  |
| 25. | Zakres średnic pola widzenia | Min. 16 mm – 50 mm |  |
| 26. | Zakres regulacji korekcji wzroku operatora w okularach (dla każdego oka) | Min. ± 5D |  |
| 27. | Możliwość nagrywania na dysk wewnętrzny o pojemności min 320 GB | TAK |  |
| 28. | Możliwość nagrywania na dodatkowy zewnętrzny nośnik za pomocą łącza USB 3.0 | TAK |  |
| 29. | Aparat cyfrowy – full HD | TAK |  |
| 30. | Aparat cyfrowy z funkcją kamery full HD | TAK |  |
| 31. | Aparat cyfrowy z funkcją autofocus | TAK |  |
| 32. | Dzielnik optyczny zapewniającyjednoczesny podgląd w okularach kolposkopu i przez aparat | TAK |  |
| 33. | Podświetlenie światłowodowe światłem zimnym | TAK |  |
| 34. | Regulacja natężenia światła  | TAK |  |
| 35. | Możliwość regulacji balansu bieli | TAK |  |
| 36. | Włączany filtr bezczerwienny (zielony) | TAK |  |
| 37. | Monitor LCD o przekątnej min. 19” i rozdzielczości min. 1920x1080 (Full HD) | TAK |  |
| 38. | Kolorowa drukarka | TAK |  |
| 39. | Przycisk do wykonywania i zapisu zdjęć.  | TAK |  |
| 40. | Możliwość wprowadzania za pomocą klawiatury i archiwizacji danych pacjenta i obrazów na dysku zewnętrznym o pojemności min 500 GB | TAK |  |

………………………………….. ………………………..

Akceptuję opis przedmiotu zamówienia Akceptacja Użytkownika

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

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

Podpis Wykonawcy