**Załącznik nr 2/3**

**Dostawa sprzętu medycznego do SPZZOZ w Wyszkowie i NZOZ POZ w Rząśniku**

**nr procedury: DEZ/Z/341/ZP- 35/2018**

**Pakiet nr 3:** sprzęt medyczny dla potrzeb **Poradni Ortopedycznej** zawierający:

* Rtg przenośne w ilości 1 sztuki,

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.**

**Rtg przenośne w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Napięcie zasilania: 230V 50 Hz +/- 10% | | | TAK | |  |
|  | Moc generatora ≥ 30 kW | | | podać | |  |
|  | Napięcie generatora ≥ 40 – 130 kV | | | podać | |  |
|  | Częstotliwość generatora ≥ 50 kHz | | | podać | |  |
|  | Zakres regulacji iloczynu prądu i czasu ekspozycji ≥ 0,4 – 300 mAs | | | podać | |  |
|  | Minimalny czas ekspozycji ≤ 1 ms | | | podać | |  |
|  | Możliwość wykonania ekspozycji poprzez  akumulatorowe zasilanie generatora. | | | TAK | |  |
|  | Programy anatomiczne ≥ 70 | | | podać | |  |
|  | Zakres wysokości ogniska od podłogi  ≥ 70–200 cm | | | podać | |  |
|  | Szerokość aparatu ≤ 60 cm | | | podać | |  |
|  | Zakres obrotu kolimatora ≥ +/- 90o | | | podać | |  |
|  | Oświetlenie pola ekspozycji typu LED | | | Tak | |  |
|  | Zakres obrotu lampy rtg wokół osi poziomej ≥ +/- 180o | | | podać | |  |
|  | Rotacja ramienia wokół osi pionowej ≥ +/- 250o | | | podać | |  |
|  | Oświetlenie symulacji pola ekspozycji typu LED | | | Tak | |  |
|  | Lampa dwuogniskowa z wirującą anodą | | | Tak | |  |
|  | Wielkość dużego ogniska ≤ 1,3 mm | | | podać | |  |
|  | Wielkość małego ogniska ≤ 0,7 mm | | | podać | |  |
|  | Pojemność cieplna anody ≥ 250 kHU | | | podać | |  |
|  | Pojemność cieplna kołpaka ≥ 900 kHU | | | podać | |  |
|  | Prędkość obrotów anody ≥ 3500 obr/min. | | | podać | |  |
|  | Maksymalny zasięg ramienia – odległość ognisko - kolumna aparatu ≥ 120 cm | | | podać | |  |
|  | Rodzaj ramienia mocującego lampę: teleskopowy | | | Tak | |  |
|  | Wysokość aparatu złożonego do transportu ≤ 140 cm | | | podać | |  |
|  | Aparat wyposażony we własny zespół napędowy zasilany  z akumulatorów, umożliwiający zmotoryzowane przemieszczanie się urządzenia | | | Tak | |  |
|  | Max. prędkość jazdy (w przód/tył) ≥ 1,3 m/s | | | podać | |  |
|  | Możliwość pokonywania wzniesień ≥ 5˚ | | | podać | |  |
|  | System zabezpieczeń przed najazdem na przeszkodę | | | Tak | |  |
|  | Sterowanie przesuwu przód/tył od strony lampy rtg/kolimatora | | | Tak | |  |
|  | System zdalnego bezprzewodowego sterowania ekspozycją | | | Tak | |  |
|  | Detektor mobilny bezprzewodowy | | | Tak | |  |
|  | Typ i budowa płaskiego detektora cyfrowego CsI/a-Si | | | podać | |  |
|  | Rozmiar detektora ≥ 35x42 cm | | | podać | |  |
|  | Wielkość piksela ≤ 140 µm | | | podać | |  |
|  | Rozdzielczość ≥ 3,6 lp/mm | | | podać | |  |
|  | Wytrzymałość detektora na całej powierzchni ≥ 200 kg | | | podać | |  |
|  | Wytrzymałość detektora punktowa (na średnicy 40 mm) ≥ 80 kg | | | podać | |  |
|  | DQE przy 0,0 pl/mm ≥ 70 % | | | podać | |  |
|  | Liczba bitów przetwarzania ≥ 14 bitów | | | podać | |  |
|  | Wewnętrzna pamięć panelu ≥ 50 obrazów | | | podać | |  |
|  | Waga panelu ≤ 3,0 kg | | | podać | |  |
|  | Klasa wodoodporności min. IPX 7 | | | podać | |  |
|  | Obsługa systemu obrazowego z monitora konsoli zintegrowanego z aparatem | | | Tak | |  |
|  | Monitor menu oraz do przeglądania obrazów typu LCD min. 17” | | | TAK, podać | |  |
|  | Jasność monitora ≥ 400 cd/m2 | | | TAK, podać | |  |
|  | Minimalna rozdzielczośc ≥ 1280X1024 | | | TAK, podać | |  |
|  | Czas od akwizycji do pojawienia się obrazu referencyjnego na monitorze aparatu max. 5 sek. | | | TAK, podać | |  |
|  | Wybór parametrów obróbki obrazu | | | TAK, podać | |  |
|  | Liczba obrazów zapamiętywana na dysku twardym (w pełnej matrycy) min. 3000 | | | TAK, podać | |  |
|  | Regulacja okna obrazu | | | Tak | |  |
|  | Zoom min. 2 razy, automatyczna redukcja szumów, automatyczna regulacja kontrastów | | | TAK, podać | |  |
|  | Automatyczna redukcja szumów | | | Tak | |  |
|  | Automatyczna regulacja kontrastów | | | Tak | |  |
|  | Zarządzanie bazą pacjentów i badań | | | Tak | |  |
|  | Interfejs sieciowy z min funkcjami:  DICOM Send; DICOM Print; DICOM MWM | | | TAK, podać | |  |
|  | Interfejs sieciowy przewodowy lub bezprzewodowy | | | TAK, podać | |  |
|  | Waga aparatu ≤ 480 kg | | | podać | |  |
|  | Miernik dawki DAP zintegrowany z kolimatorem | | | Tak | |  |
|  | Oprogramowanie do eliminacji promieniowania rozproszonego | | | TAK/NIE | |  |
|  | Dodatkowa osłona detektora z uchwytem i kratką przeciwrozproszeniową | | | TAK, podać | |  |
|  | Wykonanie w cenie oferty testów akceptacyjnych i specjalistycznych | | | Tak | |  |
|  | Wykonanie w cenie oferty szkolenia techników i lekarzy w zakresie obsługi zaoferowanego sprzętu | | | Tak | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana z aparatem | | | Tak | |  |
|  | Główne podzespoły aparatu RTG (lampa rtg, generator, mechanika) muszą być wyprodukowane przez tego samego wytwórcę. | | | TAK, załączyć odpowiednie dokumenty  (tj. materiały producenta) potwierdzające spełnienie wymagania | |  |
|  | Dodatkowe elementy systemu RTG do radiografii: stół kostny, statyw do płuc, kolumna z lampą RTG. Elementy możliwe do podłączenia z istniejącym zdalnie sterowanym aparatem RTG typu Flexavision | | | TAK, podać | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | Tak | |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | Tak | |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | Tak  Podać- *kryterium* | |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK, podać | |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK | |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach | |  | |
| 7. | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | Min 2 | |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany | TAK | |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | Tak, podać | |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać | |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | Tak | |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów | |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

1. ………………………………………….
2. miejscowość, data
3. ………..................................................................
4. podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do
   * 1. występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo