Załącznik nr 1 do siwz (wypełnić i załączyć do oferty) Nr sprawy PCZ-NZP-382/22/20

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

Zad. nr 9 – nowe głowice ultradźwiękowe kompatybilne z aparatem Philips Affiniti 30 – zestaw 3 głowic (wyrób med. kl IIa)

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

Kraj pochodzenia: .......................................................

Rok produkcji nie wcześniej niż 2020 rok: ......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
| 1 |  **Głowica convex** szerokopasmowa o zakresie częstotliwości emitowanych min. 2.0 – 6.0 MHz, liczba elementów akustycznych min. 300, Kąt widzenia min. 70°; obrazowanie harmoniczne | TAK |  |
| 2 | **Głowica liniowa** szerokopasmowa o zakresie częstotliwości emitowanych min. 4.0 – 12.0 MHz; obrazowanie harmoniczne; liczba elementów akustycznych min. 250; Długość czoła głowicy (FOV) max. 39 mm. | TAK |   |
| 3 | **Głowica endowaginalna** szerokopasmowa, o zakresie częstotliwości emitowanych min. 4.0 - 9.0 MHz; obrazowanie harmoniczne, kąt widzenia min. 180˚, ilość elementów akustycznych min 250 | TAK |   |
| 4 | Videoprinter czarno-biały małego formatu, który można zintegrować z aparatem, sterowany z konsoli aparatu | TAK |  |
| 5 | Certyfikat CE, Deklaracja zgodności producenta na oferowany aparat i głowice. | TAK |   |
|  6 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – maksymalny czas podjęcia działań zmierzających do usunięcia awarii do 48 godz., czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw max. 72 godz., czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów z zagranicy max. 7 dni | TAK |   |
| 7 | Okres gwarancji min. 24 miesiące | TAK |   |
| 8 | Producent/Wykonawca\*\* Wykonawca posiadający autoryzację producenta na terenie Polski i zapewniający autoryzowany serwis producenta na terenie Polski. Potwierdzić odpowiednim dokumentem przed zawarciem umowy. | TAK |   |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie *parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego**

**parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

**…………………………….**

**Podpis Wykonawcy**