Załącznik nr 1 do swz (wypełnić i załączyć do oferty) Nr sprawy PCZ-NZP-382/6/21

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WYMAGANYCH WARUNKÓW**

**Zad. nr 11** – Sonda endovaginalna (kompatybilna z aparatem USG SAR7 - EVN4-9) - 1 szt.

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

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

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

Rok produkcji: ......................................................

Klasa wyrobu to: IIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis**  | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany-podać lub potwierdzić** |
|  | **Sonda endovaginalna kompatybilna z aparatem USG SAR7 - EVN4-9** | TAK |  |
|  | Sonda położnicza, ginekologiczna, urologiczna | TAK |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne | TAK |  |
|  | Liczba elementów : min. 128 | TAK |  |
|  | Częstotliwość pracy sondy: 4-9MHz | TAK |  |
|  | Promień krzywizny sondy: 10 mm | TAK |  |
|  | Kąt patrzenia sondy: 148º | TAK |  |
|  | Dostępna prowadnica do biopsji | TAK |  |
|  | Klasa bezpieczeństwa BF | TAK |  |
|  | **Warunki sprzedaży** |  |  |
|  | Gwarancja na głowice min. 24 miesiące | TAK |  |
|  | Przegląd i ustawienia kompatybilności głowic z **aparatem USG SAR7 -** przez serwis | TAK |  |
|  | Urządzenia fabrycznie nowe, nie podemonstracyjne | TAK |  |
|  | Serwis na terenie Polski | TAK |  |
|  | Instalacja urządzenia w miejscu wskazanym przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu obsługującego urządzenie poświadczone certyfikatem, świadectwem lub innym dokumentem. | TAK |  |

Cena: ……………. zł netto, …………….. zł brutto

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 SWZ, 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**