*Załącznik nr 2*

*do Specyfikacji Warunków Zamówienia*

*nr PN-11/24*

*Załącznik nr 2*

*do umowy nr PN-11/24*

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – PARAMETRY TECHNICZNE**

Aparat do biopsji stereotaktycznej z użyciem stereotaksji (obrazowanie 2D)
oraz z obrazowaniem w oparciu o tomosyntezę (tomobiopsję, 3D).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **parametry wymagane** | **wymóg** | **parametry oferowane**(uzupełnia WYKONAWCA) | **punktacja**(maksymalna liczba punktów do uzyskania: 40 pkt) |
| 1. **PARAMETRY OGÓLNE**
 |
| 1. | producent / kraj | tak, proszę podać |  | - |
| 2. | model / typ / nr katalogowy | tak, proszę podać |  | - |
| 3. | urządzenie fabrycznie nowe (rok produkcji 2024), kompletne i gotowe do użycia  | tak |  | - |
| 1. **CERTYFIKATY JAKOŚCI**
 |
| 4. | oznakowanie znakiem CE | tak |  | - |
| **B. GENERATOR** |
| 5. | moc generatora min. 6KW dla 34kV  | tak, proszę podać |  | **każdy 1 kW ponad 6kW** **– 10 pkt** |
| 6. | generator wysoko częstotliwościowy | tak |  | - |
| 7. | zakres napięć min 20kV do 45kV | tak, proszę podać |  | - |
| 8. | skok napięcia nie więcej niż co 1kV | tak |  | - |
| 9. | zakres mAs- min. 3 do 500mAs | tak, proszę podać |  | - |
| 10. | zakres mA min. 10 do 180mA | tak, proszę podać |  | **każde 10 mA ponad 180mA– 10 pkt** |
| 1. **LAMPA RTG**
 |
| 11. | lampa z anodą jednomateriałową | tak |  | - |
| 12. | materiał anody wolfram | tak |  | - |
| 13. | wielkość ogniska max.0,3mm | tak, proszę podać |  | - |
| 14. | filtry min. 2 | tak, proszę podać |  | - |
| 15. | lampa z anodą jednomateriałową | tak |  | - |
| 1. **DETEKTOR OBRAZOWY**
 |
| 16. | typ detektora TFT, nie dopuszcza się kamer CCD i CMOS | tak, proszę podać |  | - |
| 17. | detektor z amorficznym selenem  | tak, proszę opisać technologię |  | - |
| 18. | pole obrazowania min. 14 cm  | tak, proszę podać |  | - |
| 19. | wielkość piksela min. 70µm | tak, proszę podać |  | - |
| 20. | ilość linii dla obrazowania 2D i 3D min. 7lp/mm | tak, proszę podać |  | - |
| 21. | zakres dynamiki detektora min. 400:1 | tak, proszę podać |  | - |
| 22. | skala szarości min. 13 bit | tak, proszę podać |  | - |
| 23. | powiększenie geometryczne max 1, 2 | tak, proszę podać |  | - |
| 1. **SYSTEM PROWADZENIA IGŁY ORAZ KOMPRESJA PIERSI**
 |
| 24. | system prowadzenia igły oraz kompresja piersi | tak |  | - |
| 25. | system prowadzenia igły w układzie kartezjańskim | tak |  | - |
| 26. | dokładność nawigowania igły z błędemnie przekraczającym ±1 mm | tak, proszę podać |  | - |
| 27. | zakres kątów stereotaksji min. ±15˚ | tak, proszę podać |  | - |
| 28. | zakres kątów tomosyntezy w badaniu min. ±7,5˚ | tak, proszę podać |  | - |
| 29. | ruch igły w wektorze x motorowy | tak |  | - |
| 30. | ruch igły w wektorze y motorowy | tak |  | - |
| 31. | ruch igły w wektorze Z manualny | tak |  | - |
| 32. | możliwość wykonywania biopsji w osi promieniowania oraz z kłuciem bocznym 90 stopni bez stosowania dodatkowych uchwytów, przystawek lub nakładekna detektor | tak |  | - |
| 33. | możliwość zmiany wykłucia standardowego na wkłucie boczne w dowolnym momencie bez konieczności zwalniania ucisku piersi | tak |  | - |
| 34. | monitor podglądu parametrów biopsji kolorowy | tak |  | - |
| 35. | prezentacja numeryczna i graficzna prowadzenia igły oraz miejsca położenia igły | tak |  | - |
| 36. | rozdzielczość monitora podglądowego parametrów biopsji min. 1000  | tak, proszę podać |  | - |
| 37. | system biopsji sterowania igły, motorowy | tak |  | - |
| 38. | zakres siły kompresji manualnej min. 280 N | tak, proszę podać |  | - |
| 39. | zakres siły kompresji automatycznej min. 200 N | tak, proszę podać |  | - |
| 40. | dociski do biopsji wg. zaleceń producenta do wszystkich procedur | tak, proszę podać |  | - |
| 1. **RAMIĘ C SYSTEMU BIOPSYJNEGO**
 |
| 41. | SID min. 70 cm | tak, proszę podać |  | **SID ≥ 80cm– 10 pkt****SID < 80cm – 0 pkt** |
| 42. | zakres obrotu ramienia C min. 180˚ | tak, proszę podać |  | - |
| 1. **STÓŁ PACJENTA**
 |
| 43. | stół w pozycji horyzontalnej fabrycznie na stałe zintegrowany z urządzeniem | tak |  | - |
| 44. | wymienny segment środkowy blatu stołu z możliwością dostosowania odpowiedniej wielkości otworu dla pacjenta w zależności od wymagań badania i procedury biopsyjnej z możliwością przełożenia ręki przez otwórna pierś i oparcie na dedykowanej podpórce w celu wykonania biopsji zmian trudno dostępnych | tak/nie |  | **TAK – 5 pkt****NIE – 0 pkt** |
| 45. | wymienne poduszki różnej grubości,na których leży pacjent w celu dobrania najwygodniejszej i najbardziej optymalnej | tak/nie |  | **TAK – 5 pkt****NIE – 0 pkt** |
| 46. | konstrukcja stołu pozwalająca na wykonanie wkłucia igły do biopsji w zakresie pełnych360 stopni  | tak |  | - |
| 47. | możliwość wykonania biopsji w projekcji CC (kranio-kaudalnej) oraz odwrócone CC (kaudo-kranialna) | tak |  | - |
| 48. | dopuszczalne całkowite obciążenie stołumin. 175 kg | tak |  | - |
| 49. | oświetlenie LED przestrzeni biopsyjnej pod stołem | tak |  | - |
| 50. | zakres ruchu pionowego blatu stołu min. 87 cm do 140 cm | tak, proszę podać |  | - |
| 51. | przycisk nożny pozwalający na sterowanie układem lampa - detektor oraz stolikiem dociskowym (kompresją) | tak |  | - |
| 1. **KOMPUTER STACJI AKWIZYCYJNEJ I MONITORY**
 |
| 52. | komputer z oprogramowaniem w środowisku min. Windows 10 lub równoważny | tak, proszę podać |  | - |
| 53. | klawiatura, myszka | tak |  | - |
| 54. | dysk min 1TB | tak, proszę podać |  | - |
| 55. | pamięć min. 4GB | tak, proszę podać |  | - |
| 56. | napęd CD/DVD | tak |  | - |
| 57. | port USB min. 3 szt. | tak, proszę podać |  | - |
| 58. | pamięć obrazowa dla obrazów 2D min. 180 000 obrazów | tak, proszę podać |  | - |
| 59. | pamięć obrazowa dla obrazów 3D min. 5000 obrazów | tak, proszę podać |  | - |
| 60. | monitor kolorowy dotykowy do sterowania funkcjami urządzenia min. 17” | tak, proszę podać |  | - |
| 61. | monitor diagnostyczny do oceny zdjęćmin. 2MP LCD | tak, proszę podać |  | - |
| 62. | DICOM obsługujący klasy:* DICOM SEND
* DICOM Q/R
* DICOM modality worklist
* DICOM basic print
 | tak |  | - |
| 63. | stolik pod zestaw komputerowy i monitory wyposażony w koła pozwalający w łatwy sposób na zmianę położenia stacji komputerowej względem stołu biopsyjnego | tak |  | - |
| 64. | blat stolika z elektryczną regulacją wysokości umożliwiający dostosowanie wysokości blatu do operatora | tak |  | - |
| 65. | zakres regulacji wysokości blatumin. 75 cm do 110 cm | tak, proszę podać |  | - |
| 1. **SYSTEM BIOPSJI PRÓŻNIOWEJ I PRZEŚWIETLANIA WYCINKÓW**
 |
| 66. | kompletny system do pobierania wycinków biopsji gruboigłowej próżniowej wraz z wbudowanym systemem do prześwietlania pobranych wycinków w trybie „real – time” (wycinek prześwietlany automatyczniei bezpośrednio po pobraniu) | tak |  | - |
| 67. | system do pobierania wycinków i system do ich prześwietlania stanowią jedno zintegrowane urządzenie | tak |  | - |
| 68. | urządzenie będące przedmiotem zamówienia musi spełniać wszystkie wytyczne w zakresie dopuszczenia do stosowania na rynku polskim | tak |  | - |
| 69. | system mobilny | tak |  | - |
| 70. | system sterowany komputerowo | tak |  | - |
| 71. | system wyposażony w moduł ssący z pompą próżniową do wytwarzania podciśnienia | tak |  | - |
| 72. | możliwość zmiany wielkości okna biopsyjnego do pobierania wycinków w igle – co najmniej dwie wielkości  | tak |  | - |
| 73. | długość kompatybilnych igieł min. 13 cm  | tak, proszę podać |  | - |
| 74. | wycinki pobierane do osobnych komór(nie do jednego koszyka) | tak |  | - |
| 75. | dedykowany pojemnik do transportowania i przechowywania pobranych wycinków | tak |  | - |
| 76. | pobieranie wycinków za pomocą przycisku nożnego | tak |  | - |
| 77. | możliwość podania środka znieczulającego w trakcie zabiegu biopsji przez igłę biopsyjną | tak |  | - |
| 78. | możliwość stosowania znaczników | tak |  | - |
| 79. | nominalny wymiar ogniska lampy rentgenowskiej | 50 µm |  | - |
| 80. | zakres wysokiego napięcia  | min. 20 - 35 kV |  | - |
| 81. | wartość mA | min. 1mA |  | - |
| 82. | wartość mAs | min. 1 mAs |  | - |
| 83. | materiał anody | tak, proszę podać |  | - |
| 84. | filtracja – podać rodzaj filtra | tak, proszę podać |  | - |
| 85. | powierzchnia obrazowania detektora | min. 3 cm |  | - |
| 86. | rozmiar piksela  | max. 20 µm |  | - |
| 87. | zakres dynamiki detektora | min. 12 bit |  | - |
| 88. | odległość lampa – detektor (SID) | min. 18 cm |  | - |
| 89. | Konstrukcja aparatu pozwalająca na bezpieczną pod względem ochrony radiologicznej pracę personelu, nie wymagająca stosowania dodatkowych osłon przed promieniowaniem | tak |  | - |
| 90. | zabezpieczenie przed niepowołanym użyciem np. hasło, kluczyk | tak, proszę podać |  | - |
| 91. | system komputerowy:* min. 4GB RAM
* dysk twardy min. 500 GB
* USB
* monitor min. 15”, dotykowy
* system operacyjny min. Windows 10 lub równoważny
 | tak, proszę podać |  | - |
| 92. | DICOM:* DicomWorklist
* DicomPrint
* Dicom Storage
 | tak |  | - |
| 93. | funkcje min:* wyostrzenie
* zmiana jasności i kontrastu
* odwrócenie kolorów (pozytyw-negatyw)
* powiększenie
* adnotacje
 | tak |  | - |
| 94. | system umożliwiający pobranie i prześwietlenie wycinku uzyskanego z trybu stereotaktycznego i tomosyntezy | tak |  | - |
| 95. | system kompatybilny z oferowanym stołem  | tak |  | - |
| 96. | możliwość pracy bez prześwietlania wycinków – na ekranie monitora widoczny obraz pobieranych wycinków | tak |  | - |
| 1. **SYSTEM BIOPSJI PRÓŻNIOWEJ**
 |
| 97. | system biopsji próżniowej umożliwiający wykonywanie procedur biopsyjnych pod oferowany stołem biopsyjnym oraz USG i MRI | tak |  | - |
| 98. | szybki proces wycinania (cały cykl) max 5 s | tak, proszę podać |  | - |
| 99. | kalibracja urządzenia co najmniej do dwóch systemów różnych producentów akcesoriów do biopsji stereotaktycznejpod kontrolą RTG  | tak |  | - |
| 100. | dostawa 75 zestawów do biopsji stereotaktycznej pod kontrolą RTG i 75 zestawów do biopsji mammotomicznej pod kontrolą USG kompatybilnych z dostarczonym sprzętem w terminie wskazanym przez ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  | - |
| 101. | dostawa dwóch modułów do biopsji próżniowej pod kontrolą USG | tak |  | - |
| 1. **STACJA OPISOWA MAMMOGRAFICZNA – 2 SZT.**
 |
| 102. | wyposażenie stacji umożliwiające płynną pracę zainstalowanego oprogramowania stacji | tak |  | - |
| 103. | czas otwarcia badania 2D (4 zdjęcia) z dysku lokalnego max 4 s | tak, proszę podać |  | - |
| 104. | obrazy przechowywane na macierzy dyskowej w stacji | tak |  | - |
| 105. | procesor min. Intel Core i5, 2.6 GHz, pamięć min. 16 GB, system operacyjny i baza danych zainstalowana na szybkiej macierzy SSDmin. 2 GB RAID 1, dedykowana karta graficzna wspierająca wyświetlane obrazy w trybie DICOM, system operacyjny min. Windows 10 professional lub równoważny, wbudowana w stację nagrywarka CD/DVD  | tak, proszę podać |  | - |
| 106. | specjalizowana, dedykowana do przeglądania mammografii dodatkowa klawiaturaz klawiszami funkcyjnymi, klawiatura tego samego producenta co oprogramowanie stacji opisowej | tak |  | - |
| 107. | klawiatura i mysz wielofunkcyjna  | tak |  | - |
| 108. | dodatkowa klawiatura z punktu 103 wyposażona w funkcjonalność myszy oraz roler dedykowany do przewijania badańz tomosyntezą | tak |  | - |
| 109. | zasilacz awaryjny UPS podtrzymujący zasilanie w przypadku utraty zasilania zewnętrznegoo pojemności umożliwiającej swobodne zakończenie pracy i wyłącznie systemu | tak |  | - |
| 110. | diagnostyczny monitor obrazowy LCD wysokiej klasy:* przekątna ekranu min 33"
* rozdzielczość min 12 MPIx
* kalibracja w standardzie DICOM
* kontrast min 1200:1
* wbudowany czujnik podświetlenia
* jednorodność przestrzennamin. 95%
* 111.skalibrowana luminancja min. 1000 cd/m2
* stabilizacja obrazu realizowana” w trybie ciągłym przez wbudowany czujnik umieszczony z przodu ekranu
* certyfikat CE
 | tak |  | - |
| 111. | dodatkowy monitor opisowy o min. przekątnej 21” | tak |  | - |
| 112. | oprogramowanie zgodne z obowiązującymiw Polsce wymaganiami dla stacji do opisywania mammografii | tak |  | - |
| 113. | iInterfejs sieciowy zgodnie z DICOM 3.0 z następującymi klasami serwisowymi:* Send/Receive
* Basic Print
* Query/ Retrieve
* Storage Commitment
 | tak |  | - |
| 114. | oprogramowanie realizujące co najmniej:* automatyczne umieszczaniena ekranie obrazu CC bok do boku oraz obrazu MLO piersi prawej po stronie lewej, a obrazu MLO piersi lewej po stronie prawej, wyświetlanie obrazuz uwzględnieniem symetrii ułożenia
* prezentację obrazów w pełnej rozdzielczości
* wyświetlanie zalecane przez EUREF – jednoczesną prezentację kompletu czterech obrazów mammograficznych jednej pacjentki
* porównanie badania mammograficznego obecnego z wcześniejszym możliwość oceny zdjęć z tomosyntezy
 | tak |  | - |
| 115. | narzędzie lupy i powiększenia:* możliwość wyświetlenia lupy jednocześnie na zdjęciu prawym i lewym z możliwością wyłączenia jednej lub dwóch lup jednocześnie
* narzędzie umożliwiające za pomocą jednego kliknięcia zmianę kontrastu/ jasności tylko w obrębie lupy dedykowanego do oceny mikrozwapnień
* narzędzie umożliwiające za pomocą jednego kliknięcia zmianę kontrastu/ jasności tylko w obrębie lupy dedykowanego do oceny struktur masowych
* lupa z wyświetloną podziałką w cm
* lupa w opcji pozytyw/negatyw
* zoom ciągły umożliwiający powiększenie piersi do dowolnego rozmiaru, powrót do oryginalnej wielkości za pomocą jednego kliknięcia możliwość pomiarówi adnotacji na powiększeniu
 | tak |  | - |
| 116. | narzędzie adnotacji (okrąg/elipsa, kształt nieregularny, strzałka) i pomiarówwraz z możliwością przypisania dowolnych informacji do danej adnotacji | tak |  | - |
| 117. | prawidłowe wyświetlanie badań z tomosyntezą, badań dwuenergetycznychz kontrastem, zdjęć syntetycznych 2D | tak |  | - |
| 118. | możliwość wyświetlania tomosyntezy zapisanych w formacie SCO i BTO | tak |  | - |
| 119. | możliwość łączenia warstw tomosyntezy w „paczki” umożliwiający lepsze uwidocznienie mikrozwapnień, możliwość zmiany wielkości „paczki” przez radiologa | tak |  | - |
| 120. | możliwość synchronicznego przeglądania warstw tomosyntezy piersi lewej i prawej | tak |  | - |
| 121. | możliwość tworzenia indywidualnych profili dla wielu użytkowników pozwalających definiować sposób i kolejność wyświetlania zdjęć mammograficznych (minimum 6 niezależnych profili) | tak |  | - |
| 122. | możliwość łączenia badań aktualnych pacjenta z badaniami poprzednimi w celu porównywania ich podczas przeglądania (dotyczy badań importowanych z płyt oraz badań pobranych w archiwum PACS) | tak |  | - |
| 123. | automatyczne pobieranie wcześniejszych badań pacjenta z archiwum (prefeching) | tak |  | - |
| 124. | automatyczny wybór sposobu wyświetlania (workflow) od rodzaju załadowanego badania | tak |  | - |
| 125. | importowanie i eksportowanie badań z nośników CD/DVD oraz USB  | tak |  | - |
| 126. | wsparcie dla procedury podwójnej oceny badań, automatyczna budowa osobnych kolejek zdjęć do przeglądania dla pierwszegoi drugiego czytania dla poszczególnych lekarzy | tak |  | - |
| 127. | workflow wymuszający przeglądanie zdjęćw pełnej rozdzielczości – piksel do piksela | tak |  | - |
| **J. INNE WYMAGANIA** |
| 128. | integracja z systemem HIS ZAMAWIAJĄCEGO w zakresie WorkList | tak |  | - |
| 129. | integracja z systemem PACS ZAMAWIAJĄCEGO celem archiwizacji badań | tak |  | - |
| 130. | migracja danych/ badań z obecnie funkcjonującego aparatu na system PACS ZAMAWIAJĄCEGO | Tak |  | - |
| 1. **ZAKRES PRAC ADAPTACYJNYCH**
 |
| 1. | wymiana wykładziny o powierzchni 26 m, WYKONAWCA ma obowiązek uzyskać informację od producenta urządzeń medycznych dotyczących rodzaju zalecanej wykładziny, **w przypadku wykładziny podłogowej elektroprzewodzącej:**wykładzina o minimalnych parametrach wskazanych przez producenta aparatudo biopsji jednak nie gorszych niż: opór elektryczny w granicach od 5 x 104 do 1 x 106, grubość całkowita minimum 2 mm, grubość warstwy użytkowej 2 mm, wgniecenia resztkowe (średnia wartość) 0,02 mm, reakcja na ogień (EN ISO 9239-1) ≥ 8 kW/m2, antypoślizgowość (DIN 51130) R9, oddziaływanie na kółka krzeseł (ISO 4918)brak uszkodzeń, właściwości elektrostatyczne (EN1815) <2 kV, wymagany cokół na ścianiew wysokości 15 cm, **w przypadku wykładziny podłogowej rozpraszającej ładunki:**wykładzina o minimalnych parametrach wskazanych przez producenta aparatu do biopsji jednak nie gorszych niż: opór elektryczny w granicach od 1 x 106 do 1 x 109, grubość całkowita minimum 2 mm, grubość warstwy użytkowej 2 mm, wgniecenia resztkowe (średnia wartość) 0,02 mm, reakcja na ogień (EN ISO 9239-1) ≥ 8 kW/m2, antypoślizgowość (DIN 51130) R9, oddziaływanie na kółka krzeseł (ISO 4918)brak uszkodzeń, właściwości elektrostatyczne (EN1815) <2 kV, wymagany cokół na ścianiew wysokości 15 cm | tak |  | - |
| 2. | malowanie ścian półmatową lateksową farbą zmywalną o 1-szej klasie odporności na szorowanie w kolorze uzgodnionym z użytkownikiem (ZAMAWIAJĄCY wyklucza kolor biały), malowanie sufitów z płyt gipsowo-kartonowych farbą antyrefleksyjna w kolorze białym | tak |  | - |
| 3. | wykonanie w gabinecie badań grafiki ściennej na płycie ochronnej np. CS Acrovyn by Design (około 9 m2), płyta ochronna odporna na działanie środków dezynfekcyjnych oraz na szorowanie., grafika do uzgodnienia z ZAMAWIAJĄCYM | tak |  | - |
| 4. | tablica elektryczna 1 sztuka, wymiana istniejącej tablicy elektrycznej zasilającej urządzenie, wymagania dla nowej tablicy – drzwiczki transparentne, zamykanena kluczyk, rozmiar oraz wyposażanie zgodniez wymaganiami dostarczanego urządzenia  | tak |  | - |
| 5. | wykonanie projektu osłon stałych w uzgodnieniu z sanepidem oraz ich montaż, powierzchnia okna 3,15 m  | tak |  | - |
| 6. | ZAMAWIAJĄCY wymaga zainstalowania napędu elektrycznego do istniejących drzwi przesuwnych (wymiar drzwi: wymiary w świetle przejścia (otworu drzwiowego) – 128,5 cm x 206,0 cm (szerokość x wysokość),- wymiar skrzydła drzwi przesuwnych – 114,0 cm x 208,5 cm (szerokość x wysokość ):* pokrywa napędu w kolorze białym,
* napęd wyposażony w rygiel elektromagnetyczny, uniemożlwiający ręczne otwieranie drzwi,
* napęd wyposażony w czujniki obecności, zainstalowane nad drzwiami, w celu zabezpieczenie przed przypadkowym przytrzaśnięciem osoby będącej w świetle przejścia,
* napęd wyposażony w wózki jezdne dwurolkowe,
* aktywacja napędu – od strony pomieszczenia, otwieranie za pomocą przycisku bezdotykowego, od strony korytarza za pomocą czytnika kart magnetycznych, użytkowanychu ZAMAWIAJĄCEGO do systemów kontroli dostępu, tj. standard mifare 13,56 MHz (wymagany czytnik tożsamy z posiadanymi czynnikami w budynku - producent HID),
* awaryjne akumulatorowej otwieranie drzwi w przypadku braku zasilania,
* wykonanie okablowania podtynkowewraz z pracami wykończeniowymi
 | tak |  | - |
| 1. **GWARANCJA I SERWIS**
 |
| 1. | gwarancja na całość dostawy bez wyłączeń 24 miesiące  | tak |  | - |
| 2. | wyroby zgodne z ustawą o wyrobach medycznych | tak |  | - |
| 3. | Certyfikat CE wraz z dokumentami dopuszczającymi stosowanie urządzenia na terenie Polski w formie elektroniczneji papierowej – proszę dołączyć z ofertąoraz w formie elektronicznej na adres uigm@onkologia.szczecin.pl  | tak |  | - |
| 4. | DTR w języku polskim w formie elektronicznej papierowej, w terminie 10 dni od daty podpisania umowy, w formie elektronicznej na adres uigm@onkologia.szczecin.pl  | tak |  | - |
| 5. | wykaz części zamiennych wraz z numerami katalogowymi  | tak |  | - |
| 6. | czasookresy dokonywania przeglądów technicznych zalecanych przez producentaw terminie 10 dni od daty podpisania umowy, w formie elektronicznej na adres uigm@onkologia.szczecin.pl  | tak |  | - |
| 7. | demontaż i utylizacja istniejącego urządzenia wraz z dostarczeniem karty utylizacji  | tak |  | - |
| 8. | dostawa, montaż i uruchomienie przedmiotu zamówienia, w miejscu wskazanymprzez ZAMAWIAJĄCEGO, w cenie dostawy | tak |  | - |
| 9. | szkolenie personelu z zakresu prawidłowej obsługi systemu potwierdzonego stosownym imiennym certyfikatem po instalacji i uruchomieniu urządzenia w cenie dostawy  | tak |  | - |
| 10. | pisemne oświadczenie podmiotu uprawnionego do serwisowaniai wykonywania przeglądów technicznych potwierdzające, że personel posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje potwierdzone stosownym certyfikatem, świadectwem, znajdującym się w aktach osobowych osób dokonujących napraw serwisowych lub przeglądów technicznych | tak, w ciągu 10 dni po podpisaniu umowy |  | - |
| 11. | paszport techniczny z odpowiednimi wpisami, potwierdzającymi montaż, uruchomienie, szkolenie z informacją o sprawności urządzenia | tak |  | - |
| 12. | gwarancja dostępności serwisu, oprogramowania i części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty dostawy | tak |  | - |
| 13. | maksymalnie 3 naprawy tego samego elementu lub podzespołu w okresie trwania gwarancji, uprawniający ZAMAWIAJĄCEGOdo żądania wymiany na fabrycznie nowy element lub podzespół | tak |  | - |
| 14. | wykonanie testów akceptacyjnych, odbiorczych oraz testów specjalistycznych przed podpisaniem końcowego protokołu odbioru w cenie dostawy, w formie elektronicznej przesłane na adres e-mailowy uigm@onkologia.szczecin.pl  | tak |  | - |
| 15. | przeglądy techniczne w okresie gwarancji wykonywane będą zgodnie z zaleceniem producenta zawartym w dokumentacji technicznej i naprawy gwarancyjne, wraz z materiałami eksploatacyjnymi, niezbędnym transportem sprzętu i wymianą części w cenie dostawy | minimumraz w roku |  | - |
| 16. | wykonanie przeglądu technicznego na dwa tygodnie przed końcem gwarancji w cenie dostawy | tak |  | - |
| 17. | przestrzeganie wymaganych terminów wykonywania okresowych przeglądów technicznych należy do WYKONAWCY, bez konieczności zlecania (przypominania) przez ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  | - |
| 18. | WYKONAWCA powiadomi ZAMAWIAJĄCEGO z 14 dniowym wyprzedzeniem o planowanym przeglądzie technicznym drogąe-mailową na adres: uigm@onkologia.szczecin.pl | tak |  | - |
| 19. | maksymalnie 48 godzinny czas reakcji serwisu określony jako rozpoczęcie czynności diagnostycznych w dni robocze od chwili powiadomienia przez ZAMAWIAJĄCEGO o nieprawidłowej pracy przedmiotu zamówienia | tak |  | - |
| 20. | maksymalnie 5 dniowy (roboczy) czas usunięcia awarii, w sytuacji gdy z przyczyn technicznych niezależnych od WYKONAWCY dotrzymanie terminu jest niemożliwe, to ostateczny termin usunięcia awarii nie może przekraczać 7 dni roboczych  | tak |  | - |
| 21. | maksymalnie 3 naprawy tego samego elementu lub podzespołu w okresie trwania gwarancji, uprawniający ZAMAWIAJĄCEGO do żądania wymiany na fabrycznie nowy element lub podzespół |  |  | - |
| 22. | nastąpi ponowny bieg terminu gwarancji na urządzenie medyczne w przypadku jego istotnej naprawy, albo dostarczenia innego urządzenia wolnego od wad | tak, zgodnie z brzmieniem art. 581 § 1 Kodeksu Cywilnego |  | - |
| 23. | przedłużenie terminu gwarancjio czas, w ciągu którego wskutek wady urządzenia objętego gwarancją ZAMAWIAJĄCY nie mógł z niego korzystać –w przypadku napraw innej, niż wskazana wyżej w pkt. 149 | tak, zgodnie z brzmieniem art. 581 § 2 Kodeksu Cywilnego |  | - |
| 24. | wszelkie czynności serwisowe wykonywane będą w siedzibie ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  | - |
| 25. | fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia  | tak |  | - |
| 26. | 12 miesięczny okres gwarancjina wymieniane części zamiennew procesie naprawy urządzenia nie krócej,niż do upływu terminu gwarancji na całość dostawy | tak |  | - |
| 27. | wszystkie wymieniane materiały zużywalne fabrycznie nowe | tak |  | - |
| 28. | zgłoszenia awarii realizowane drogą elektroniczną na e-mail podany przez WYKONAWCĘ lub faxem na numer podany przez WYKONAWCĘ | tak, proszę podać |  | - |
| 29. | wystawienie protokołu serwisowego po każdej naprawie oraz wpis do paszportu technicznego | tak |  | - |
| 30. | dokonywanie aktualizacji oprogramowania po każdorazowym ukazaniu się nowszej wersji | tak |  | - |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 r. | *podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu WYKONAWCY* |