**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Dostawa urządzeń do obrazowania w stomatologii (zestaw) dla Nowej Siedziby Szpitala Uniwersyteckiego (NSSU)**

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2019), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie
z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.
* Gdziekolwiek w Opisie przedmiotu zamówienia przywołane są normy, lub nazwy własne lub znaki towarowe lub patenty lub pochodzenie, źródło lub szczególny proces, który charakteryzuje produkty dostarczane przez konkretnego Wykonawcę, Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne.

**Nazwa i typ: ……………………..**

**Producent / kraj pochodzenia: …………………….**

**Rok produkcji (nie wcześniej niż 2019): ……………………………**

**Klasa wyrobu medycznego: ……………………………..**

**Tabela wyceny:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przedmiot | Liczba sztuk | **A:** Cena brutto zestawu wraz z wyposażeniem (w zł): |
| **Urządzenia do obrazowania** **w stomatologii (zestaw)** | 1 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **B:** Cena brutto dostawy, instalacji i uruchomienia w Nowej siedziby Szpitala (w zł): |
|  |  |

|  |
| --- |
| **C:** Cena brutto szkoleń w nowej siedzibie Szpitala Uniwersyteckiego (w zł): |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A+ B + C**: Cena brutto oferty (w zł) |  |

## PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE:

| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **Sposób oceny parametru** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | **Informacje ogólne** | --- |  | - - - |
| 2. | Urządzenie fabrycznie nowe, z bieżącej produkcji, rok produkcji nie wcześniej niż 2019 rok (nieużywane i nierekondycjonowane), nie będące prototypem | Tak |  | - - - |
|  | **Aparat tomografii stomatologicznej**  |  |  | - - - |
|  | Aparat tomografii stomatologicznej CBCT z funkcją klasycznej pantomografii i funkcją skanowania twarzy oraz funkcjami CAD CAM | Tak |  |  |
|  | Zasilanie - napięcie jednofazowe 230 V | Tak |  | - - - |
|  | Ogniskowa lampy - z zakresu 0,3- 0,7 mm (wg IEC 60336) lub równoważnej) | Tak |  | - - - |
|  | Generator wysokiej częstotliwości - nie mniej niż 140 kHz | Tak, Podać |  | - - - |
|  | Maksymalny prąd anodowy lampy RTG nie więcej niż 15 mA | Tak, Podać  |  | - - - |
|  | Maksymalne napięcie anodowe lampy - nie mniej niż 120 kV  | Tak, Podać |  | - - - |
|  | Technologia sensora obrazowania - FLAT PANEL CMOS | Tak |  | - - - |
|  | Dotykowy wyświetlacz zintegrowany z aparatem montowany fabrycznie do programowania pracy aparatu | Tak |  | - - - |
|  | Fabryczne zintegrowane siedzisko do wykonywania badań pacjentom w pozycji siedzącej | Tak/Nie, Podać |  | Tak – 10 pkt.Nie – 0 pkt. |
|  | Możliwość wykonywania badań w pozycji stojącej | Tak |  | - - - |
|  | Możliwość wykonania badania pacjentom na wózkach inwalidzkich bez konieczności przemieszczania pacjenta z wózka - bezpośredni podjazd do aparatu | Tak/Nie, Podać |  | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |
|  | Tryb klasycznego badania pantomograficznego | Tak |  | - - - |
|  | Dostępne badania w trybie pantomograficznym: pełne badanie OPG, segmenty, badania skrzydłowo-zgryzowe, zatoki, stawy skroniowo-żuchwowe, specjalny tryb badania dla dzieci, tryb pracy z obniżoną dawką | Tak |  | - - - |
|  | Powiększenie w badaniu pantomograficznym nie więcej niż 1,30 | Tak |  | - - - |
|  | Skala szarości w badaniu pantomograficznym nie mniej niż 14 bitów | Tak |  | - - - |
|  | Tryb tomografii CBCT | Tak |  | - - - |
|  | Aparat zmiennego pola obrazowania 3D | Tak |  | - - - |
|  | Minimalne pole obrazowania 3D - nie więcej niż 4 x 4 cm (podać) | Tak |  | - - - |
|  | Maksymalne pole obrazowania 3D - nie mniej niż 16 cm (średnica) x 16 cm (wysokość)  | Tak, Podać |  | Wartość maksymalna pola obrazowania – 5pkt, pozostałe proporcjonalnie mniej w stosunku do największej  |
|  | Maksymalna rozdzielczość badania w trybie małego pola obrazowania 3D - nie więcej niż 80 mikronów  | Tak |  | - - - |
|  | Maksymalna rozdzielczość badania w trybie średniego pola obrazowania 3D - do 10x10 cm - nie więcej niż 80 mikronów  | Tak |  | - - - |
|  | Maksymalna rozdzielczość badania w trybie największego pola obrazowania 3D - nie więcej niż 180 mikronów  | Tak |  | - - - |
|  | Skala szarości w badaniu tomograficznym nie mniej niż 14 bitów | Tak |  | - - - |
|  | Funkcja preskan do sprawdzenia anatomii pacjenta (kształt łuku zębowego), do sprawdzenia poprawnego trafienia badaniem 3D w obszar który chcemy zobrazować i automatycznego doboru dawki | Tak |  | - - - |
|  | Możliwość wykonywania skanów wycisków zębowych i modeli gipsowych do wersji cyfrowej za pomocą tomografii wraz z niezbędnym oprogramowaniem | Tak |  | - - - |
|  | Tryb skanowania twarzy | Tak |  | - - - |
|  | Skan twarzy pacjenta bez elementów zgryzowych - funkcja zintegrowana fabrycznie z aparatem | Tak |  | - - - |
|  | Skan twarzy pacjenta z możliwością konwersji do formatów otwartych 3D OBJECT (np. STL, PLY) bez konieczności zakupu dodatkowych licencji | Tak |  | - - - |
|  | Oprogramowanie i sprzęt komputerowy do obsługi aparatu i przechowywania dokumentacji | Tak |  | - - - |
|  | Oprogramowanie do akwizycji badań z aparatu do lokalnego systemu PACS/RIS | Tak |  | - - - |
|  | Bezpłatna przeglądarka badań 3D w pełnej wersji na nielimitowaną liczbę stanowisk  | Tak |  | - - - |
|  | **Aparat RTG do stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych** |  |  |  |
|  | Ogniskowa - nie więcej niż 0,7 mm wg IEC 60336 lub równoważnej | Tak |  | - - - |
|  | Generator RTG wysokiej częstotliwości - nie mniej niż 200 kHz | TAK, Podać |  | Wartość największa częstotliwości generatora – 5 pkt, pozostałe proporcjonalnie mniej w stosunku do największej |
|  | Kolimator w zestawie | Tak |  | - - - |
|  | Możliwość zmiany napięcia anodowego w zakresie 60-70 kV | Tak |  | - - - |
|  | Maksymalny prąd anodowy lampy 7 mA | Tak |  | - - - |
|  | Aparat z automatycznym doborem czasu ekspozycji w zależności od budowy anatomicznej pacjenta i diagnozowanej grupy zębowej | Tak |  | - - - |
|  | Aparat z mobilną sterownicą / programatorem - nieprzytwierdzoną na stałe do obudowy | Tak |  | - - - |
|  | Aparat z wyzwalaniem promieniowania drogą radiową | Tak |  | - - - |
|  | Aparat ze specjalnym trybem digital do współpracy z radiografią  | Tak |  | - - - |
|  | Możliwość montażu na wózku jezdnym. | Tak |  | - - - |
|  | **System obrazowania cyfrowego do aparatu RTG**  |  |  |  |
|  | Technologia sensora | Podać |  | - - - |
|  | rozmiar sensora - nie mniejszy niż 27 x 37 mm | Tak, Podać |  | - - - |
|  | rozmiar pola aktywnego (pole powierzchni matrycy) - nie mniejszy niż 655 mm kwadratowych (podać) | Tak, Podać |  | - - - |
|  | forma pola obrazowania aktywnego matrycy | Podać |  | - - - |
|  | Skala szarości nie mniej niż 12 bitów  | Tak, Podać |  | - - - |
|  | Interfejs podłączenia do komputera USB  | Tak |  | - - - |
|  |  Brak dodatkowych przetworników obrazu, konwerterów oraz koniecznego zasilania zewnętrznego dla systemu radiografii | Tak |  | - - - |
|  | Możliwość przedłużenia przewodu radiografii za pomocą pasywnych przedłużaczy USB do 10 m | TAK |  | - - - |
|  | Dwa komplety zestawu pozycjonerów do techniki kąta prostego zawierające co najmniej po 3 zagryzaki pionowe i 3 zagryzaki poziome do wykonywania badań  | TAK |  | - - -  |
|  | Zestaw jednorazowych osłonek higienicznych 100 szt. na sensor radiografii | TAK |  | - - - |
|  | Oprogramowanie do integracji systemu radiografii z lokalnym systemem PACS/RIS | TAK |  | - - - |
|  | Stanowisko mobilne (wózek) umożliwiające wykonywanie badań wewnątrzustnych podczas zabiegów zawierające komputer z monitorem lub komputer przenośny do akwizycji badań do integracji z PACS/RIS. Przekątna obrazu minimum 15 cali, forma komunikacji z systemem PACS/RIS - bezprzewodowa (Wifi) | TAK |  | - - - |
|  | **Wieloczynnościowy wózek COMBO wraz z zintegrowaną osłoną do montażu aparatu RTG z systemem RVG**  |  |  |  |
|  | Wszystkie potrzebne akcesoria do wykonania zdjęcia RTG znajdują się na wózku (RTG, RVG, pozycjonery, osłonki, fartuch dla pacjenta i osłona tarczycy. | TAK |  | - - - |
|  | Tylko jedna wtyczka elektr. przy podłączaniu wózka do wykonania zdjęcia | TAK |  | - - - |
|  | Dodatkowa osłona radiologiczna o wysokości min 185 cm i szerokości min 60 cm oraz ekwiwalencie ołowiu 0,5 mm Pb zintegrowana z wózkiem | TAK |  | - - - |
|  | Wysokość zestawu z RTG z ramieniem nożycowym aparatu w układzie pionowym – w zakresie 180- 190cm (możliwość przejazdu przez drzwi) | TAK |  | - - - |
|  | **Wewnątrzustny skaner 3D**  |  |  |  |
|  | skaner skanujący w płynnej technologii filmowej (skanowanie ciągłe) | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość przerwania skanowania i kontynuacji skanowania | TAK |  | - - - |
|  | Skaner bezpudrowy | TAK |  | - - - |
|  | Skaner skanujący w kolorze | TAK |  | - - - |
|  | Wymienne trzy różne sterylizowalne rodzaje końcówek w zestawie - po 2 sztuki | TAK |  | - - - |
|  | Maksymalne pole widzenia skanera nie mniejsze niż 160 milimetrów kwadratowych | TAK |  | - - - |
|  | Przycisk trybu pracy na rękojeści | TAK |  | - - - |
|  | Uniwersalny skaner do zastosowań w protetyce, implantologii i ortodoncji | TAK |  | - - - |
|  | Skaner z oprogramowaniem generującym pliki w formatach otwartych STL PLY  | TAK |  | - - - |
|  | Brak okresowych opłat licencyjnych podczas użytkowania | TAK |  | - - - |
|  | Podłączenie do komputera - USB 2.0 | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość podłączenia do dowolnego komputera z USB 2.0/ 3.0 spełniającego wymagania producenta | TAK |  | - - - |
|  | Skaner niewymagający podłączenia do internetu podczas przetwarzania badań | TAK |  | - - - |
|  | Waga rękojeści do 350 g | TAK, podać |  | - - - |
|  | **Dodatkowe akcesoria i oprogramowanie do skanera wewnątrzustnego:** |  |  |  |
|  | Oprogramowanie do integracji z PACS/RIS | TAK |  | - - - |
|  | Zestaw mobilny do skanowania na różnych stanowiskach zawierający skaner i komputer obsługujący klasy PC /laptop - całość na zestawie jezdnym | TAK |  | - - - |
|  | Komputer wyposażony w mysz i klawiaturę bezprzewodową, zintegrowany programowo z systemem PACS/RIS akwizujący badania bezpośrednio do systemu | TAK |  | - - - |
|  | Brak opłat aktualizacyjnych w okresie gwarancji | TAK |  | - - - |
|  | Brak limitów czasowych podczas skanowania  | TAK |  | - - - |
|  | Brak limitów liczby wykonanych skanów | TAK |  | - - - |
|  | **Pozostałe** |  |  |  |
| 1. +
 | Projekt osłon stałych oraz pomiary skuteczności osłon stałych (dotyczy CBCT), pomiar rozkładu mocy dawki (dotycz CBCT i RVG), testy odbiorcze i specjalistyczne urządzeń radiologicznych w cenie oferty  | Tak |  | - - - |
|  | Zestaw osłon indywidualnych – fartuchów dla Pacjenta, ekwiwalent ołowiu minimum 0,25mm Pb – 2 komplety, w tym jeden z osłona na tarczycę | Tak, Podać |  | - - - |
|  | Urządzenia do obrazowania (CBCT, RTG punktowy, RVG, wewnątrzustny skaner 3D) w pełni zintegrowane, wyprodukowane przez jednego producenta.  | Tak/Nie, Podać |  | Tak – 40 pktNie – 0 pkt |
|  | Zestaw fantomów umożliwiających wykonanie pełnych testów podstawowych zgodnych z aktualnym stanem prawnym, zarówno w zakresie CBCT, stomatologicznego aparatu zewnątrzustnego jak i zestawu do cyfrowej radiografii wewnątrzustnej. W tym uniwersalny fantom do testów podstawowych urządzeń cyfrowych, z możliwością zastosowania w systemach radiografii i fluoroskopii o wymiarach min 30x30cm. Fantom umożliwiający wykonanie co najmniej takich testów jak: jednorodność, rozdzielczość przestrzenna w zakresie co najmniej 0,6-5,0 pl/mm, kontrast, zgodność pola promieniowania i pola świetlnego, artefakty. Podstawowa płyta miedziana, 1 mm, z klinem, obiektami niskokontrastowymi, testem rozdzielczości, obszarami do standaryzacji sygnału i sprawdzania jednorodności, znaczniki zgodności pola,dwie sztuki. | Tak |  | - - - |
|  | Kompleksowy montaż oraz instalacja urządzenia CBCT. (pomieszczenie planowane do montażu to: B.DO.0.18) | Tak |  | - - - |
|  | Przenośny dozymetr do zastosowania w testach podstawowych, stałościowych, w zakresie radiografii i fluoroskopii. Dozymetr wyposażony w zewnętrzny detektor przewodowy, umożliwiający pomiar co najmniej takich parametrów jak: dawka, moc dawki, czas w zakresie min. Dawka: 200 nGy - 9999 mGy; Moc dawki 80 nGy/s - 70 mGy/s (50 - 150 kV); czas: 1 ms - 19999 s. Możliwość wykonania pomiarów z detektorem bezpośrednio w wiązce bez dodatkowych filtrów, do odległości min 2m od źródła. Zasilanie bateryjne. Dwa zestawy każdy wyposażony co najmniej w dozymetr oraz zewnętrzny detektor.  | Tak |  |  |
|  | Filtr ekwiwalentny pacjenta 1mmCu, wykonany z miedzi o wysokiej czystości o wymiarach 169x176mm. Cztery sztuki. | Tak |  |  |
|  | Zestaw fantomów jednorodnych wykonanych z przezroczystego PMMA o wymiarach min. 24x24 cm i grubościach: 2 szt. 1 -0,5cm, 1 szt. -1 cm i 9 szt- 2 cm, łącznie wszystkie o grubości min. 20 cm.  | Tak |  |  |
|  | Przenośny miernik promieniowania, radiometr, umożliwiający, pomiar mocy przestrzennego równoważnika dawki, pomiar przestrzennego równoważnika dawki, pomiar mocy dawki pochłoniętej w powietrzu, pomiar dawki pochłoniętej w powietrzu . | Tak |  |  |
|  | **Wymogi formalne** |
|  | Oferta obejmuje pełne szkolenie personelu z obsługi dostarczanego urządzenia. | Tak |  | - - - |
|  | Konstrukcja sprzętu musi umożliwić spełnienie wszystkich warunków technicznych zawartych w niniejszej tabeli | Tak |  | - - - |
|  | Zaoferowane urządzenie jest fabrycznie nowe i gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów czy inwestycji oprócz materiałów eksploatacyjnych | Tak |  | - - - |
|  | Oferowane urządzenie, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcyjnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych | Tak |  | - - - |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z aparatem | Tak |  | - - - |
|  | Podłączenie urządzenia wraz z wykupieniem wszelkich koniecznych licencji do systemu PACS/RIS w miejscu użytkowania aparatu | Tak |  | - - - |
|  | Certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności oraz wszelką dokumentacją pozwalającą na użytkowanie oferowanych urządzeń podstawowych w planowanym terminie oddania inwestycji do pełnej eksploatacji dostarczana przy dostawie | Tak |  | - - - |
|  | Wykonawca zapewnia, posiadanie aktualnych certyfikatów, deklaracji zgodności oraz ewentualnego dostosowania zaoferowanych urządzeń medycznych do uwarunkowań prawnych i technologicznych obowiązujących w dniu oddania inwestycji do pełnej eksploatacji. | Tak, opisać |  | - - - |
| **Sprzęt komputerowy** |
|  | Oferowane urządzenia posiadają możliwość współpracy ze szpitalnymi sieciami informatycznymi | Tak |  | - - - |
|  | Aktualizacja oprogramowania zainstalowanego w dostarczonych urządzeniach komputerowych w okresie trwania gwarancji. | Tak |  | - - - |
|  | Integracja aparatu z systemem informatycznym RIS Zamawiającego (Softmed Orion) w zakresie obsługi list roboczych | Tak |  | - - - |
|  | Archiwizacja danych obrazowych w systemie PACS Zamawiającego ( nie dotyczy Storage Commitment) | Tak |  | - - - |
|  | Konfiguracja systemów RIS (Softmed Orion) oraz PACS (Agfa Impax) może być wykonana wyłącznie przez serwis tych systemów. Wszelkie koszty związane z integracją pokrywaWykonawca. | Tak |  | - - - |
|  | Nieograniczone czasowo licencje na funkcjonalności DICOM | Tak |  | - - - |
|  | Podstawowa konfiguracja parametrów DICOM, w szczególności dodanie lub modyfikacja węzłów DICOM możliwa do przeprowadzenia przez przeszkolonych pracowników Zamawiającego. | Tak |  | - - - |
|  | Przeszkolenie wyznaczonych pracowników Zamawiającego w zakresie podstawowej konfiguracji DICOM oraz diagnostyki komunikacji sieciowej | Tak |  | - - - |
|  | W przypadku, gdy do uruchomienia dostarczanej aparatury medycznej Wykonawca potrzebuje wykonać dodatkowe elementy sieci komputerowej powinny spełnić następujące wymagania.• Dla wykonania okablowania opartego o skrętkę miedzianą (UTP, FTP, STP) należy wykorzystać komponenty co najmniej kategorii 6a z zapewnieniem torów transmisyjnych klasy Ea lub równoważnej• Dla okablowania światłowodowego należy wykorzystać włókna wielomodowe klasy co najmniej OM3 lub równoważnej, a dla okablowania jednodomowego włókna klasy co najmniej OS2 lub równoważnej• Okablowanie powinno być ukryte przed łatwym dostępem (montaż podtynkowy, koryto PVC lub pod podłogą techniczną).• Okablowanie powinno być zakończone w gniazdach lub na panelach krosowych• Gniazda i panele krosowe powinny być czytelnie oznakowane w sposób unikalny w skali całego budynku• Jakość wykonanych komponentów zostanie potwierdzona pomiarami a wyniki pomiarów zgodności z klasą Ea lub równoważną i zostaną dostarczone do dokumentacji powykonawczej. Zastrzegamy możliwość uczestniczenia pracownika Zamawiającego w procesie pomiarowym. | Tak |  | - - - |
|  | Sprzęt aktywny użyty do wykonania dedykowanej sieci komputerowej (przełączniki, routery, zapory) powinien spełniać następujące wymogi:* interfejsy o prędkości co najmniej 1Gbit/s zarządzalny
* umożliwiać odczyt liczników błędów komunikacji dla poszczególnych interfejsów umożliwia odczyt przypisania adresów MAC do poszczególnych portów możliwość logicznego wyłączenia interfejsu

Hasła dostępowe zostaną przekazane do Działu Informatyki SU | Tak |  | - - - |
|  | Adresacja IP dla dostarczanych urządzeń oraz nazwy parametryczne np. nazwy komputerów, domen DNS, AE Title powinny być ustalane z Zamawiającym. W szczególności niedopuszczalne jest stosowanie fabrycznych nazw AE Title bazujących na nazwie modelu urządzenia.Wszystkie wykorzystane adresy IP oraz nazwy AE Title powinny być udokumentowane wraz z krótkim opisem urządzenia, do którego adres zostały przypisane. Listę wykorzystanych adresów IP należy dołączyć do dokumentacji powykonawczej. | Tak |  | - - - |

## WARUNKI GWARANCJI I SERWISU:

| **L.p.** | Parametr | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **Sposób oceny parametru** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | GWARANCJE |  |  |  |
|  | Okres gwarancji dla tomografu wiązki stożkowej [liczba miesięcy]UWAGA - należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 5 lat. | >= 24, Podać |  | Najdłuższy okres ponad minimalnie wymagany – 30 pkt.Inne – proporcjonalnie mniej stosunku do najdłuższego |
|  | Okres gwarancji [liczba miesięcy] dla aparatu RTG do zdjęć zewnątrzustnych z systemu do obrazowania wewnątrzustnego (RVG)UWAGA - należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 5 lat. | >= 24, Podać |  | Najdłuższy okres ponad minimalnie wymagany – 10 pkt.Inne – proporcjonalnie mniej stosunku do najdłuższego |
|  | Okres gwarancji dla kamery wewnątrzustnej [liczba miesięcy]UWAGA - należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 5 lat. | >= 24, Podać |  | Najdłuższy okres ponad minimalnie wymagany – 20 pkt.Inne – proporcjonalnie mniej stosunku do najdłuższego |
|  | Zapewnienie dostępu części zamiennych [liczba lat] – min. 10 lat (peryferyjny sprzęt komputerowy – min. 5 lat) | Tak |  | - - - |
|  | Termin gwarancji przedłuża się o liczbę dni, w ciągu których Szpital Uniwersytecki nie mógł korzystać ze sprzętu | Tak |  | - - - |
|  | WARUNKI SERWISU |  |  |  |
|  | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta) | Tak |  | - - - |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego | Tak |  | - - - |
|  | Czas reakcji na podjęcie czynności serwisowych (rozumiane jako kontakt telefoniczny lub rozpoczęcie interwencji zdalnej) od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-16.00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy – awaria zgłoszona po godzinie 16.00 będzie podjęta następnego dnia roboczego - wymagany czas ≤ 12h  | Tak |  | - - - |
|  | Czas reakcji na podjęcie czynności serwisowych (rozumiane jako przyjazd serwisu) - od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-16.00 z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy – wymagany czas ≤ 48h  | Tak |  | - - - |
|  | Czas skutecznej naprawy nie więcej niż 8 dni roboczch od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, liczony od momentu zgłoszenia, chyba że naprawa wymaga zamówienia części zamiennych od producenta, wówczas maksymalny czas skutecznej naprawy wyniesie nie więcej niż 10 dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak |  | - - - |
|  | Godziny i sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach | Podać |  | - - - |
|  | Bezpłatne przeglądy okresowe ( w ilości zgodnie z zaleceniem producenta) w okresie gwarancji - ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |  | - - - |
|  | Możliwość zdalnego dostępu do sytemu aparatu i jego diagnostyki. Zamawiający wyraża zgodę na zdalny dostęp oraz zapewnia właściwe łącze. | Tak |  | - - - |
|  | Struktura serwisowa zapewniająca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń. | Tak |  | - - - |
|  | Wykonawca oświadcza, iż sprzęt jest lub zostanie pozbawiony wszelkich blokad, które po upływie okresu gwarancji uniemożliwiałyby podmiotom trzecim dostarczenie usług przeglądu lub serwisu aparatury będącej przedmiotem umowy.  | Tak |  | - - - |
|  | SZKOLENIA |  |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia minimum 3 grupy po 5 osób każda, łącznie minimum 15 osób. Realizowane w ciągu 2 dni, w terminie ustalonym z zamawiającym na etapie instalacji Personel uzyska wiedze umożliwiająca dalsze szkolenie kolejnych pracowników. | Tak |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych; 5 osób w ciągu 2 dni w terminie ustalonym z zamawiającym na etapie instalacji urządzenia. Personel uzyska wiedze umożliwiająca dalsze szkolenie kolejnych pracowników. | Tak |  | - - - |
|  | Szkolenia dla informatyków (3 osoby) z zakresu podstawowej konfiguracji i diagnostyki elementów komunikacji sieciowej TCP/IP i DICOM | Tak |  | - - - |
|  | DOKUMENTACJA |  |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza) | Tak |  | - - - |
|  | W cenie urządzenia znajduje się komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji | Tak |  | - - - |
|  | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie)UWAGA - dokumentacja serwisowa lub oprogramowanie serwisowe które zapewni co najmniej pełną diagnostykę sprzętu, regulację, kalibrację etc. | Tak |  | - - - |
|  | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują) | Tak |  | - - - |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów aparatów (wykaz środków do czyszczenia dostarczony wraz z urządzeniami) | Tak |  | - - - |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekująceUWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów. | Tak |  | - - - |