**Część 9**

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Aparat EEG - 2 szt.**

**Tabela wyceny:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot:  **Aparat EEG** | | | **Cena brutto (w zł)** |
| **A:** Cena brutto sprzętu wraz z dostawą | Ilość sztuk sprzętu: | Cena jednostkowa brutto wraz z dostawą (zł): |  |
| **2** |  |
| **B:** Cena brutto instalacji i uruchomienia sprzętu | | |  |
| **C:** Cena brutto szkoleń | | |  |
| **A+B+C:** Cena brutto oferty | | |  |

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. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* 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 produkcji: ........................................................

Rok produkcji (min. 2019): …..............

Klasa wyrobu medycznego (jeżeli dotyczy): ..................

**Parametry techniczne i eksploatacyjne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **OCENA PKT.** |
|  | Urządzenie do rejestracji fal mózgowych (elektroencefalogramu) | TAK, podać |  | - - - |
|  | Głowica wejściowa wzmacniaczy biologicznych | TAK, podać |  | - - - |
|  | Głowica wejściowa min. 42 ~~32~~-kanałowa ze wzmacniaczami EEG - zamontowana na statywie jezdnym. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Ilość kanałów w układzie referencyjnym min. : 32 | TAK, podać |  | > 42 - 6 pkt.  32 - 42 - 0 pkt. |
|  | Rozdzielczość przetworników A/D na każdy kanał min.: 16 bit | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.;  Wartość większa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Impedancja wejściowa min. 100 MΩ | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.;  Wartość większa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Poziom szumów dla częstotliwości 1-70Hz <1 µV pp ~~0,1-70Hz : ≤ 0,65µV RMS~~ | TAK, podać |  | - - - |
|  | Współczynnik tłumienia sygnałów współbieżnych CMRR min. 117 dB | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.;  Wartość większa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Wbudowane przy gniazdach wejściowych głowicy EEG, dwukolorowe diody LED wskazujące impedancję | TAK, podać |  | - - - |
|  | Wbudowany w głowicę przycisk funkcyjny do sprawdzania impedancji elektrod. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Wyjście sygnałów elektrofizjologicznych z głowicy wzmacniaczy do jednostki rejestrującej realizowane za pomocą kabla USB lub TCP IP ~~bez dodatkowych modułów zewnętrznych i przejściówek.~~ | TAK, podać |  | - - - |
|  | Stymulator wg punktów 13-15 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Fotostymulator LED zamontowany na ~~na~~ statywie jezdnym. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Regulacja siły błysku na fotostymulatorze. *Zamawiający wyraża zgodę regulację siły błysku z poziomu oprogramowania i wyzwalanie błysku testowego tą samą metodą* | TAK, podać |  | - - - |
|  | Testowy przycisk do wyzwalania błysku na fotostymulatorze. *Zamawiający wyraża zgodę regulację siły błysku z poziomu oprogramowania i wyzwalanie błysku testowego tą samą metodą* | TAK, podać |  | - - - |
|  | Oprogramowanie diagnostyczne jednostki rejestrującej jednostki do opisu i analizy badań wg punktów 17-23 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Oprogramowanie specjalistyczne działające w systemie operacyjnym min. MS Windows z wykorzystaniem rozproszonej bazy MS SQL Server z licencją lub równoważne spełniające wymogi ustawy o RODO.  Parametry równoważności:   * Pełna integracja z domeną Active Directory MS Windows * Zarządzanie komputerami poprzez Zasady Grup (GPO) Active Directory MS, WMI. * Zainstalowany system operacyjny nie wymaga aktywacji za pomocą telefonu lub Internetu. * Pełna kompatybilność z systemem Płatnik. * Pełna obsługa ActiveX   Wszystkie w/w funkcjonalności nie mogą być realizowane z zastosowaniem wszelkiego rodzaju emulacji i wirtualizacji Microsoft Windows  *Zamawiający wyraża zgodę na oprogramowanie spełniające funkcję rozproszonej bazy danych inne niż wykorzystujące MS SQL Server zachowujące podobną funkcjonalność* | TAK, podać |  | - - - |
|  | Jednoczesna rejestracja monopolarnych sygnałów ze wszystkich odprowadzeń. | TAK, podać |  | - - - |
|  | ~~Jednoczesne~~ wykreślanie sygnału ze wszystkich odprowadzeń na monitorze ~~i drukarce.~~ | TAK, podać |  | - - - |
|  | Podgląd i analiza wcześniejszych fragmentów aktualnie rejestrowanego badania EEG bez konieczności zatrzymywania zapisu. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Wykorzystanie programu MS Word, lub równoważny do przygotowania opisów EEG. Możliwość tworzenia dowolnej ilości własnych wzorców opisów ~~automatycznie wypełnianych danymi przez oprogramowanie.~~ | TAK, podać |  | - - - |
|  | Automatyczna detekcją iglic i zdarzeń ~~podczas badania w czasie rzeczywistym i~~ po badaniu. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Możliwość rozbudowy o Holtera EEG z ~~synchronicznym~~ zapisem ~~video~~ bez żadnych połączeń kablowych ~~(bezprzewodowa synchronizacja kamery i holtera EEG)~~ oraz użycia komputera podczas rejestracji. | TAK/NIE, podać |  | TAK – 10 pkt.;  NIE – 0 pkt. |
|  | System komputerowy jednostki rejestrującej wg punktów 25-30 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Procesor min. Intel i5 2,8 GHz lub równoważny, Pamięć RAM: min. 8 GB, Dysk HDD: min. 1TB, Napęd DVD/RW, | TAK, podać |  | - - - |
|  | System operacyjny: Windows z licencją lub równoważny.  Parametry równoważności:   * Pełna integracja z domeną Active Directory MS Windows * Zarządzanie komputerami poprzez Zasady Grup (GPO) Active Directory MS, WMI. * Zainstalowany system operacyjny nie wymaga aktywacji za pomocą telefonu lub Internetu. * Pełna kompatybilność z systemem Płatnik. * Pełna obsługa ActiveX   Wszystkie w/w funkcjonalności nie mogą być realizowane z zastosowaniem wszelkiego rodzaju emulacji i wirtualizacji Microsoft Windows | TAK, podać |  | - - - |
|  | Oprogramowanie Microsoft Office 2016 lub równoważny.  Parametry równoważności:  Prawidłowe odczytywanie i zapisywanie danych w dokumentach w formatach: \*.DOC, \*.DOCX, \*.XLS, \*.XLSX, \*.PPT, \*.PPTX w tym obsługa formatowania, makr, formuł, formularzy w plikach wytworzonych w pakiecie biurowym MS Office 2003, MS Office 2007, MS Office 2010, MS Office 2013 i MS Office 2016, bez utraty danych oraz bez konieczności reformatowania dokumentów | TAK, podać |  | - - - |
|  | Monitor LCD min. 24” o rozdzielczości min. 1920 x 1080 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Drukarka laserowa monochromatyczna | TAK, podać |  | - - - |
|  | Zestaw akcesoriów niezbędnych do uruchomienia aparatu | TAK, podać |  | - - - |
|  | Na wyposażeniu wózek jezdny na aparat i akcesoria | TAK, podać |  | - - - |
|  | Dodatkowe stanowisko do analizy i opisywania łączące się zdalnie z jednostką rejestrującą, umożliwiające opisywanie badań bez przerywania aktualnie wykonywanych | TAK, podać |  | - - - |
|  | Profesjonalna kamera sieciowa z możliwością montażu na ścianie, suficie lub statywie; zoom i obracanie kamery min. 360 stopni z poziomu oprogramowania, lub ręcznie, tryb dzień/noc, specjalistyczne oprogramowanie synchronizujące rejestracje zapisu EEG z rejestrowanym obrazem z kamery, specjalistyczne oprogramowanie do przeglądania zapisów EEG wraz z obrazem wideo w trakcie trwania badania | TAK, podać |  | - - - |
|  | Analizy min.: CSA, DSA, TPM, QEEG, FFT, mapping 3D | TAK, podać |  | - - - |
|  | Liczba wejściowych kanałów poligraficznych min. : 8 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Częstotliwość próbkowania min. 2000 Hz | TAK, podać |  | - - - |

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | PARAMETR | **PARAMETR WYMAGANY** | **Parametr oferowany** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy)[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 okres 5 lat (60 miesięcy)****.* | => 24 |  | Najdłuższy okres – 30 pkt.;  Inne – proporcjonalnie mniej względem najdłuższego okresu. |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat (peryferyjny sprzęt komputerowy – min. 5 lat – dopuszcza się wymianę na sprzęt lepszy od zaoferowanego) | TAK |  | - - - |
|  | W przypadku, gdy w ramach gwarancji następuje wymiana sprzętu na nowy/dokonuje się istotnych napraw sprzętu/wymienia się istotne części sprzętu (podzespołu itp.) termin gwarancji biegnie na nowo. W przypadku zaś  innych napraw przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać z w pełni sprawnego sprzętu | TAK |  | - - - |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Zdalna diagnostyka przez chronione łącze z możliwością rejestracji i odczytu online rejestrów błędów, oraz monitorowaniem systemu(uwaga – całość ewentualnych prac i wyposażenia sprzętowego, które będzie służyło tej funkcjonalności po stronie wykonawcy) | Podać |  | TAK – 3 pkt.;  NIE – 0 pkt. |
|  | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta).  Obowiązkowy bezpłatny przegląd z końcem biegu gwarancji | TAK |  | - - - |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym ponowne podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego | TAK |  | - - - |
|  | Czas reakcji (dotyczy także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =< 48 [godz.] | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok | TAK |  | - - - |
|  | Wymiana każdego podzespołu na nowy po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | TAK |  | - - - |
|  | Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 10dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii. | TAK |  | - - - |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji (np. przez posiadanie odpowiedniej struktury inżynierów serwisowych) lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji (np. przez posiadanie umowy z jednostkami realizującymi usługi serwisowe) – należy podać wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności) | TAK |  | - - - |
|  | Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | TAK |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** | TAK |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min. 10 osób z możliwością podziału i szkolenia w mniejszych podgrupach) w momencie jego instalacji i odbioru; w razie potrzeby Zamawiającego, możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6 -ciu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | TAK |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego (min. 2 osoby) z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, diagnostycznych i przeglądowych; w razie potrzeby możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6-iu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | TAK |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu informatycznego umożliwiania zdalnej diagnostyki, wymagań konferencyjnych, wpięcia urządzenia w system gromadzenia dokumentacji medycznej szpitala, diagnostyki i konfiguracji (min. 2 osoby) | TAK |  | - - - |
|  | Liczba i okres szkoleń:   * pierwsze szkolenie - tuż po instalacji systemu, w wymiarze do 2 dni roboczych * dodatkowe, w razie potrzeby, w innym terminie ustalonym z kierownikiem pracowni,   Uwaga – szkolenia dodatkowe dla wszystkich grup w co najmniej takiej samej liczbie osób jak podano w powyższych punktach | TAK |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** | TAK |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza) – dotyczy także urządzeń peryferyjnych | TAK |  | - - - |
|  | Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć 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 musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta | 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 (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują) | TAK |  | - - - |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy), dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące.  *UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.* | TAK |  | - - - |