



**Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny
Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu
Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia**
ul. Lubańska 11-12, 59-900 Zgorzelec
NIP: 615-17-06-942, REGON: 231161448
tel. 571 334 686 fax: 75 77 50 173
www.spzoz.zgorzelec.pl
Misja Szpitala: „Bezpieczeństwo przez rozwój”

Zgorzelec, dnia 13.08.2018r

DZP/264/2018

Wszyscy uczestnicy postępowania

Dotyczy przetargu nieograniczonego na: Zakup sprzętu medycznego w ramach realizacji projektu pn: „Miedziowo – Turoszowskie Zagłębie Onkologiczne – Poprawa jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z problemami onkologicznymi poprzez zakup nowoczesnego sprzętu medycznego i wykonanie niezbędnych prac budowlanych”.

Zamawiający działając zgodnie z art. 38 ust. 4 ustawy Prawo zamówień publicznych oraz uznaniem odwołania złożonego przez ActionMed Sp. z o.o. dokonuje zmiany Opisu przedmiotu zamówienia oraz punktacji „tzw. małych punktów” w kryterium parametry techniczne w zakresie zadania nr 1 – RTG TELEKOMANDO (załącznik nr 3 do SIWZ). Zmieniony załącznik nr 3 do SIWZ w zakresie zadania nr 1 stanowi załącznik do niniejszego pisma.

Zmienione dokumenty Zamawiający umieszcza na swojej stronie internetowej www.spzoz.zgorzelec.pl.

Z poważaniem

DYREKTOR
Wielospecjalistycznego Szpitala-
-SP ZOZ w Zgorzelcu

Zofia Bartyk



Znak sprawy: 30/ZP/2018

(ZMIANA NR 1) KOLOREM CZERWONYM ZAZNACZONO ZMIANY NANIESIONE PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO Z DNIA 13.08.2018R.

Załącznik nr 3 do SIWZ

**FORMULARZ OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
PAKIET NR 1**

Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne w przypadkach określających dany parametr przedmiotu zamówienia przez odniesienie, m.in., do norm, europejskich ocen technicznych, aprobat, specyfikacji technicznych i systemów referencji technicznych, o których mowa w art. 30 ust. 1 pkt 2 i ust. 3 PZP.

Przedmiot zamówienia – fabrycznie nowy

Wykonawca zobowiązany jest na swój koszt zabezpieczyć całą dostawę i ponosi z tego tytułu pełną odpowiedzialność do momentu odebrania przedmiotu umowy przez Personel Zamawiającego.

PARAMETRY GRANICZNE

Niespełnienie któregokolwiek z podanych warunków będzie skutkowało odrzuceniem oferty. Niewypełnienie kolumny „Parametr oferowany” poprzez wpisanie konkretnych parametrów oferowanego przedmiotu zamówienia będzie również skutkowało odrzuceniem oferty. Niedopuszczalne jest wypełnienie dokumentu poprzez wpisanie w tej kolumnie słowa TAK, w przypadku gdy Zamawiający wymaga wskazania konkretnych parametrów.

Do oferty należy załączyć Katalog lub prospekt lub folder w języku polskim W ZAKRESIE PUNKTOWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH każdego zaoferowanego przedmiotu zamówienia - zawierający opis oraz parametry potwierdzające wymagania postawione przez Zamawiającego w zał. nr 3 do SIWZ oraz zawierający numery katalogowe - w oparciu o które została przygotowana oferta.

W katalogu/prospekcie/folderze należy wyraźnie zaznaczyć, których pozycji opisu przedmiotu zamówienia (Załącznika nr 3 do SIWZ) dotyczy dany zapis - umieszczając w nim zarówno nr sprzętu medycznego, jak i nr poszczególnej pozycji asortymentowej Pakietu – celem identyfikacji oferowanego przedmiotu zamówienia.

Katalog lub prospekt lub folder - w języku polskim każdego zaoferowanego przedmiotu zamówienia - zawierający opis oraz potwierdzający **POZOSTAŁE PARAMETRY (nie podlegające ocenie)** w zakresie wymagań postawionych przez Zamawiającego – należy złożyć na wezwanie Zamawiającego (pkt.7.6.2.1 SIWZ).

W przypadku parametru nie znajdującego się w katalogu/prospekcie/folderze należy przedstawić oświadczenie o posiadaniu danego parametru przez zaoferowany przedmiot zamówienia (należy dokładnie określić parametr/parametry, którego oświadczenie dotyczy – (POWYŻSZE NIE DOTYCZY PARAMETRÓW OCENIANYCH!).

Zamawiający dopuszcza złożenie DO OFERTY katalogu/prospektu/folderu - potwierdzającego spełnienie WSZYSTKICH wymagań opisanych przez Zamawiającego - w takim wypadku Zamawiający odstąpi od wezwania Wykonawcy - w zakresie pkt. 7.6.2.1 SIWZ.

RTG telekomando – 1szt.

Model/Typ urządzenia	Podać	
Producent	Podać	
Kraj pochodzenia	Podać	
Rok produkcji	Podać	

Znak sprawy: 30/ZP/2018

Lp	Opis parametrów	Warunki wymagane, konieczne do spełnienia Parametr graniczny.	Parametry oferowane/podać zakresy lub opisać	Zasady oceny (punktacji)
	Wymagania ogólne			
1.	Aparat dopuszczony do obrotu i użytkowania na terytorium RP	Tak		
2.	Uruchomienie aparatu wraz z odbiorami i dopuszczeniem do użytkowania na koszt i staraniem wykonawcy	Tak		
	Generator	Typ i producent podać		
3.	Generator wysokoczęstotliwościowy (HF) z mikroprocesorowym sterowaniem i nadzorem parametrów ekspozycji	Tak		
4.	Moc generatora	≥ 65 kW tak, podać		
5.	Częstotliwość napięcia anodowego generatora	≥ 200 kHz tak, podać		
6.	Zakres nastaw napięcia radiografii	≤ 40 - ≥ 150 kV tak, podać		
7.	Minimalna nastawa mAs	≤ 0,5 mAs tak, podać		
8.	Maksymalna nastawa mAs	≥ 800 mAs tak, podać		
9.	Maksymalny prąd anodowy	≥ 800 mA tak, podać		
10.	Minimalna nastawa napięcia fluoroskopii	≤ 50 kV tak, podać		
11.	Maksymalna nastawa napięcia fluoroskopii	≥ 110 kV tak, podać		
12.	Maksymalny prąd anodowy fluoroskopii ciągłej	≥ 10 mA tak, podać		
13.	Automatyka radiografii AEC i fluoroskopii ABS	Tak		
14.	Automatyka doboru parametrów ekspozycyjnych kV i mA lub mAs dla radiografii, bazująca na parametrach pochodzących z fluoroskopii	Tak		
15.	Ilość programów anatomicznych radiografii w języku polskim	≥ 1000 tak, podać		
16.	System pomiaru wielkości rentgenowskiej dawki powierzchniowej DAP z wyświetlaniem jej wartości i drukowaniem wyników na drukarce lub /i na zdjęciu rtg	Tak		
17.	Monitor z ekranem dotykowym („Touch screen” lub równoważnym. Za równoważne rozwiązanie Zamawiający rozumie pulpit dotykowy z wyświetlaniem parametrów nastaw) do sterowania wszystkich nastaw parametrów i funkcji generatora	Tak		
18.	Wspólny (jeden) monitor z ekranem dotykowym do sterowania wszystkich nastaw parametrów i funkcji generatora oraz do zadawania pozycji stołu diagnostycznego klasy TELEKOMANDO w celu jego automatycznego ustawienia się we wszystkich pozycjach wybranej części anatomicznej jaka ma zostać przebadana	Tak / Nie		Tak - 10 pkt. Nie - 0 pkt.
19.	Prezentacja na w/w ekranie dotykowym obrazu pacjenta z telewizyjnej kamery CCD zintegrowanej z kolimatorem	Tak		



Znak sprawy: 30/ZP/2018

	podczas precyzyjnego, bo prostopadłego, wizualnego pozycjonowania pola ekspozycji rtg do badanego pola anatomii pacjenta			
20.	Automatyka anody lampy rtg i kołpaka rtg przed przegrzaniem z wskazywaniem stopnia wykorzystania lub pozostałości pojemności cieplnej anody	Tak		
	Lampa, kołpak RTG i kolimator RTG	Typ i producent lampy i kołpaka rtg tak, podać		
21.	Wymiar małego ogniska	≤ 0,6 mm tak, podać		
22.	Wymiar dużego ogniska	≤ 1,2 mm tak, podać		
23.	Max moc małego ogniska	≥ 40 kW tak, podać		
24.	Max moc dużego ogniska	≥ 80 kW tak, podać		
25.	Synchroniczna szybkość wirowania anody	≥ 9000 obr./min tak, podać		
26.	Pojemność cieplna anody lampy rtg, zgodnie z IEC 613 lub równoważną pod kątem wyliczenia pojemności cieplnej anody.	≥ 600 kHU tak, podać		
27.	Maksymalna szybkość rozpraszania ciepła anody lampy rtg	≥ 120 kHU/min tak, podać		
28.	Pojemność cieplna kołpaka	≥ 2000 kHU tak, podać		
29.	Zabezpieczenie lampy i kołpaka przed przegrzaniem	Tak		
30.	Kolimator wiązki promieniowania z: - przesłonami prostokątnymi ustawianymi ręcznie i automatycznie do wybranego pola panelu detektora DRF - komorą pomiarową dawki DAP, - automatyką doboru filtrów dodatkowych Cu lub Cu i Al	Tak, podać		
31.	Kąt obrotu kolimatora	≥ ±45° tak, podać		
32.	Motorowy obrót kolimatora	Tak / Nie		Tak - 1 pkt. Nie - 0 pkt.
33.	Światłne rzutowanie pola ekspozycji rtg przez kolimator	Tak		
	Uniwersalny stół (ścianka) diagnostyczny (-a) klasy TELEKOMANDO ze zintegrowanym (wbudowanym) na stałe panelem detektora DRF	Typ i producent tak, podać		
34.	Zakres pochyleń ścianki (stołu)	≤ -90° do ≥ +90° tak, podać		
35.	Szybkość pochylania ścianki	≥ 4,5°/s tak, podać		
36.	Płynna, od 0° /s do maksymalnej, (nie skokowa) zmiana szybkości pochylania ścianki – jeśli „Tak” podać zakres zmiany szybkości	Tak / Nie		Tak - 10 pkt. Nie - 0 pkt.
37.	Jednostronnie podparty płaski blat stołu (płyta pacjenta) lub blat podparty w dwóch punktach.	Tak		
38.	Wymiary blatu stołu (płyty pacjenta)	≥ 65x210 cm tak, podać		
39.	Przezierne dla promieniowania rtg wymiary płyty pacjenta	≥ 50x200 cm tak, podać		

Znak sprawy: 30/ZP/2018

40.	Minimalna wysokość blatu stołu od podłogi w poziomej pozycji stołu	≤ 50 cm tak, podać		
41.	Płynnie regulowana zmiana wysokości blatu stołu od podłogi realizowana przy pomocy silnika elektrycznego.	≥ 50 cm tak, podać		
42.	Minimalna odległość powierzchni wejściowej detektora od podłogi w poziomej pozycji stołu	≤ 42 cm tak, podać		
43.	Minimalne oddalenie środka panelu z detektorem rtg DRF rtg od podłogi w pionowej +90° lub -90° pozycji stołu	≤ 50 cm tak, podać		poniżej 46 cm - 1 pkt. od 46 do 50 - 0 pkt.
44.	Ruch kolumny wzdłuż blatu stołu	≥ 165 cm tak, podać		
45.	Wzdłużny ruch kolumny z kołpakiem rtg i synchroniczny wzdłużny ruch panelu detektora rtg DRF, inaczej wzdłużny ruch promienia centralnego wiązki rtg prostopadły do blatu stołu (płyty pacjenta) w poziomej i pionowej pozycji stołu	≥ 158 cm		powyżej 164 cm – 20 pkt. od 158 do 164 cm - 0 pkt.
46.	Minimalna odległość ognisko-detektor FDD ustawiana silnikiem elektrycznym	≤ 115 cm		poniżej 101 cm - 1 pkt. od 101 do 115 cm - 0 pkt.
47.	Maksymalna odległość ognisko-detektor FDD ustawiana silnikiem elektrycznym	≥ 180 cm		powyżej 199 - 1 pkt. od 180 do 199 cm - 0 pkt.
48.	Jeden raster przeciwrozproszeniowy z autoogniskowaniem lub dwa automatycznie zmieniane rastry przeciwrozproszeniowe dostosowany (-e) do zmiany granicznych wartości odległości ognisko-detektor FDD	Tak, podać		
49.	Raster przeciwrozproszeniowy usuwany ręcznie lub motorowo z pola ekspozycji rtg, dla diagnostyki pediatrycznej	Tak, podać		
50.	Gęstość kratki przeciwrozproszeniowej	≥ 70 l/cm tak, podać		
51.	Ilość niezależnych, motorowych, realizowanych za pomocą silnika elektrycznego, ruchów elementów stołu (pochylenie / podnoszenie stołu, ruch poprzeczny blatu lub ruch poprzeczny kołpaka, ruch wzdłużny kolumny, ruch wzdłużny detektora, zmiana FDD, obrót kolimatora i inne)	≥ 3 Podać ruchy tak, podać		powyżej 9 - 20 pkt. Od 3 do 9 - 0 pkt.
52.	Automatyczne pozycjonowanie się elementów stołu diagnostycznego (stołu, kolumny, kołpaka rtg, detektora, kolimatora) do wszystkich badań wybranych w programie anatomicznym	Tak / Nie		Tak - 10 pkt. Nie - 0 pkt.
53.	Ruch poprzeczny blatu stołu (płyty pacjenta) lub kołpaka rtg	≥ 30 cm tak, podać		powyżej 79 cm - 1 pkt. od 30 do 79 - 0 pkt.
54.	Odległość górnej strony blatu stołu od powierzchni panelu detektora rtg	≤ 125 mm tak, podać		
55.	Maksymalne dopuszczalne obciążenie płyty pacjenta (waga pacjenta) bez ograniczenia ruchów	≥ 180 kg tak, podać		
56.	Kąty projekcji skośnych we wzdłużnym kierunku blatu stołu realizowane pochylaniem kołpaka rtg a nie pochylaniem kolumny	≥ ±40° tak, podać		powyżej ±44° - 10 pkt. od ±40° do ±44° - 0 pkt.
57.	Projekcje skośne w poprzecznym kierunku blatu stołu	Tak / Nie		Tak - 1 pkt. Nie - 0 pkt.
58.	Ustawianie panelu z detektorem rtg DRF nad blatem stołu	Tak / Nie		Tak - 1 pkt. Nie - 0 pkt.
59.	Ruch poprzeczny panelu z detektorem rtg DRF i synchroniczny z nim ruch poprzeczny kołpaka rtg	Tak / Nie		Tak - 1 pkt. Nie - 0 pkt.
60.	Ustawianie panelu z detektorem rtg DRF prostopadle do i na zewnątrz długiego boku blatu stołu i synchroniczny z	Tak / Nie		Tak - 1 pkt. Nie - 0 pkt.



Znak sprawy: 30/ZP/2018

	nim obrót oraz ruch kołpaka rtg na kolumnie dla projekcji bocznych pacjenta leżącego na blacie stołu w poziomej pozycji stołu			
61.	Projekcje boczne od stóp do głowy pacjenta leżącego na blacie stołu w poziomej pozycji stołu, bez potrzeby obrotu pacjenta na blacie	Tak / Nie		Tak - 1 pkt. Nie - 0 pkt.
62.	Ustawianie panelu z detektorem rtg DRF na zewnątrz, równoległe i wzdłuż długiego boku blatu stołu i synchroniczny z nim ruch poprzeczny i wzdłużny kołpaka rtg dla projekcji anatomii pacjenta opartej bezpośrednio o panel z detektorem rtg DRF ustawiony w pozycji pionowej i poziomej stołu lub dodatkowy, niezależny stojak płuczny wraz z dodatkowym detektorem DR po WI-FI, obsługiwany przez oferowany w pozycji VI system obrazowania, cyfrowej obróbki i archiwizacji obrazów.	Tak		
63.	Badania pacjenta leżącego na wózku transportowym z użyciem panelu z detektorem rtg DRF	Tak		
64.	Współczynnik pochłaniania promieniowania (ekwiwalent mm Al) przez płytę pacjenta przy 100 kV	$\leq 0,9$ mm Al. tak, podać		
65.	Stopień pacjenta ryglowany do blatu w części stóp lub / i głowy pacjenta	Tak		
66.	Tomografia liniowa (planigrafia): 1. kąty (podać wartości) 2. czasy ekspozycji dla każdego kąta 3. zakres zmiany warstwy tomograficznej: 4. wskaźnik świetlny (laserowy) rzutujący na ciele pacjenta wysokość zadanej warstwy tomograficznej lub wyświetlacz cyfrowy na pulpicie w sterowni wskazujący jej oddalenie od blatu pacjenta	Tak, podać 1. ≥ 3 2. ≥ 1 3. $\leq 10 - \geq 250$ mm 4. Tak,		
67.	Komora AEC z półprzewodnikowymi polami pomiarowymi w ilości:	≥ 3 tak, podać		
68.	Wyzwalanie fluoroskopii oraz radiografii ze sterowni oraz w pomieszczeniu badań.	Tak		
69.	Korekta paralaksy panelu detektora rtg na dla projekcji skośnych realizowana silnikami elektrycznymi przesuwającymi niezależnie źródło promieniowania rtg i panel detektora rtg DRF	Tak		
70.	Pozycjonowanie ścianki przez sterowanie ruchów z konsoli w sterowni oraz niektórych ruchów z pulpitu na ściance lub z mobilnej konsoli w pomieszczeniu badań	Tak		
71.	Płaski, dynamiczny panel z detektorem rtg do bezpośredniej cyfrowej radiografii i fluoroskopii cyfrowej DRF	Tak		
72.	Wymiar powierzchni aktywnej pola obrazowego detektora	$\geq 420 \times 425$ mm w każdym z wymiarów tak, podać		
73.	Wielkość pojedynczego piksela detektora	≤ 150 μ m tak, podać		
74.	Matryca detektora [piksele = pix]	$\geq 2840 \times 2870$ pix tak, podać		
75.	Rozdzielczość	$\geq 3,2$ pl/mm tak, podać		
76.	Współczynnik przetwarzania promieniowania rtg DQE dla 0 lub 0,05 lub 0,1 pl/mm	$\geq 65\%$ tak, podać		
77.	Chłodzenie powietrzem	Tak		
	Detektor cyfrowy typu WiFi			

Znak sprawy: 30/ZP/2018

78.	Przenośny, płaski detektor wykonany w technologii aSi (amorficzny krzem) o wymiarach klasycznej kasety rtg	Tak		
79.	Detektor ze scyntylatorem Csl (jodek jazu)	Tak		
80.	Detektor typu bezprzewodowego – WiFi z możliwością pracy przewodowej	Tak		
81.	Wielkość piksela	≤ 148 μm tak, podać		
82.	Rozdzielczość detektora	≥ 2400x2880 pixel tak, podać		
83.	Rozmiar matrycy detektora DR – obszar aktywny detektora	≥ 35 x 43 cm tak, podać		
84.	Współczynnik DQE	≥ 65% tak, podać		
85.	Akwizycja obrazu A/D	≥ 14 bit tak, podać		
86.	Standardowa graniczna rozdzielczość	≥ 3,4 pl/mm tak, podać		
87.	Czas wyświetlenia zdjęcia po ekspozycji – podgląd na konsoli technika	≤ 2 s tak, podać		
88.	Czas wyświetlenia zdjęcia w pełnej rozdzielczości na konsoli technika	≤ 6 s tak, podać		
89.	Waga detektora	≤ 3 kg tak, podać		
90.	Ładowarka baterii i dodatkowa bateria, (w komplecie dwie baterie)	Tak		
91.	Baterie litowo - jonowe	Tak		
92.	Konsola sterowania z oprogramowaniem.	Tak		
93.	Zarządzania bazą danych informatycznych i obrazowych pacjentów	Tak		
94.	Wpisywanie danych pacjentów bezpośrednio na stanowisku i czerpanie z listy z roboczej badań RIS	Tak		
95.	Prezentacja przeglądowego i w pełnej rozdzielczości obrazu radiografii	Tak		
96.	Procesy i procedury przetwarzania obrazu po badaniu: Pojedyncze wyświetlanego obrazu. Prezentacja kilku obrazów radiografii Bieżące automatyczne przetwarzanie z lokalnie optymalizowanym kontrastem i ostrością obrazu Powiększenie obrazu Regulacja parametrów okna Obrót obrazu Dodawanie komentarzy tekstowych bezpośrednio na obrazie Drukowanie obrazów na zewnątrz	Tak		
	System obrazowania, cyfrowej obróbki i archiwizacji obrazów	Typ i producent Tak, podać		
97.	Monitor sterowania systemu obrazowania i cyfrowej obróbki i archiwizacji obrazów zintegrowany monitorem nastaw parametrów generatora i wyboru pozycji uniwersalnej ścianki diagnostycznej oraz z pulpitem pozycjonowania tej ścianki klasy TELEKOMANDO lub 2 oddzielne, niezintegrowane monitory do sterowania systemem obrazowania oraz nastawami i ruchami ścianki.	Tak		
98.	Ilość wybieranych wielkości pola obrazowego detektora	≥ 3, tak, podać		



Znak sprawy: 30/ZP/2018

	rtg	wymiary podać w cm		
99.	Skala głębi szarości akwizycji (pozyskania, digitalizacji) obrazu z detektora przez system obrazowania (nie skala głębi szarości w pamięci systemu obrazowania dla pojedynczego zdjęcia radiograficznego).	≥ 16 bit tak, podać		
100.	Maksymalna szybkość akwizycji obrazów fluoroskopii ciągłej lub fluoroskopii impulsowej zastępującej fluoroskopię ciągłą	≥ 20 obr./s tak, podać		
101.	Maksymalna szybkość akwizycji obrazów fluoroskopii impulsowej	≥ 12 obr./s tak, podać		
102.	Maksymalna szybkość akwizycji obrazów w seryjnej radiografii cyfrowej dla pełnego pola obrazowego detektora ≥ 420 x 425 mm	≥ 6 obr./s tak, podać		
103.	Pojedyncze zdjęcia cyfrowe dla pełnego pola obrazowego ≥ 420x425 mm w matrycy ≥ 2840x2870 pix	Tak		
104.	Liczba możliwych do wyboru częstotliwości akwizycji obrazów fluoroskopii impulsowej - podać częstotliwości w obr./s	≥ 3, tak, podać częstotliwości		
105.	Pamięć ostatniego obrazu (LIH)	Tak		
106.	Rejestracja wybranej sekwencji obrazów z fluoroskopii na dysku twardym HD	Tak		
107.	Liczba obrazów archiwizowanych na dysku twardym HD w matrycy ≥ 2840x2870 bez kompresji.	≥ 2000 obrazów tak, podać		
108.	Ręczna i automatyczna rejestracja pacjentów na konsoli operatora i zarządzanie bazą danych pacjentów	Tak		
109.	Bezstratna, archiwizacja zabezpieczona przed zmianą danych podstawowych	Tak		
110.	Przeszukiwanie listy pacjentów według różnych kryteriów	Tak		
111.	Automatyczna (on line) optymalizacja obrazów wyświetlanych na monitorach - redukcja szumów i artefaktów ruchowych - przestrzenne wygładzanie i wyostrzenie krawędzi - regulacja okna, poziomu i korekcji gamma	Tak		
112.	Parametry monitorów LCD systemu obrazowania i cyfrowej obróbki i archiwizacji obrazów umieszczonych po jednym na konsoli w sterowni i na wózku jezdnym w gabinecie rtg przy aparacie: 1. przekątna ekranu 2. matryca 3. maksymalna jasność monitorów 4. kontrast monitorów 5. ręczne lub automatyczne dostosowanie jasności obrazu do otoczenia	Tak, podać 1. ≥19" 2. ≥1024x1280 3. ≥ 600 cd/m2 4. ≥ 600:1 5. Tak, podać		
113.	Obrazy rejestrowane i oceniane w standardzie DICOM 3,0	Tak		
114.	Wymagane funkcje obróbki obrazów po badaniu (postprocessing): - prezentacja pojedynczego obrazu (zdjęcia) rtg i wyświetlanie mozaiki 4, 6 lub 9 obrazów rtg - ręczne i automatyczne okienkowanie „windowing” kontrastu i jasności obrazu rtg - wyostrzenie krawędzi treści obrazu rtg - powiększanie całego obrazu rtg do x3 - powiększenie obrazu rtg typu „lupa” do x3	Tak, podać		

Znak sprawy: 30/ZP/2018

<ul style="list-style-type: none"> - inwersja skali szarości obrazu rtg = prezentacja pozytyw / negatyw obrazów rtg - ręczna i automatyczna prostokątna i kołowa kolimacja elektroniczna obrazów - pionowe i poziome odwracanie obrazu rtg - obrót obrazu rtg co 90 ° - graficzne obliczanie (pomiar) kątów i odległości (mm / piksel) - wprowadzanie komentarzy na obrazie (tekst i znaki graficzne) - nakładka tekstowa i znacznikowa - filtry przestrzenne SHARP (brzegi) i SMOOTH (wyblakłe brzegi), rozmiar jądra i waga zastosowanego filtra - elektroniczne przestawianie / kadrowanie obrazu (kwadratowe i okrągłe) - wirtualna kolimacja (otwórz / zamknij kontrolki kolimatora na LIH, aby uzyskać wymagany wynik bez emisji promieniowania X) - odtwarzanie filmu dynamicznej sekwencji obrazów o różnej prędkości - prezentacja obrazów referencyjnych na monitorze odniesienia - nakładka siatki metrycznej (cm) - pomiary ortopedyczne na sklejonych obrazach: pomiar pojedynczego i podwójnego kąta COBB'a, przemieszczenia i prostopadłości kości biodrowych oraz wyznaczenie kąta kości udowej i piszczelowej w rzepce - eksport obrazów do formatu RAW, JPEG i MP4 - rejestracja badań odrzuconych przez zaznaczenie obrazu aktualnie pokazanego jako odrzuconego, a następnie podanie powodu odrzucenia 			
<p>115. Archiwizacja obrazów na CD-R/DVD w formacie DICOM 3.0 z darmową przeglądarką zdjęć automatycznie dogrywaną do obrazów.</p>	Tak		
<p>116. Interfejs DICOM (umożliwiający współpracę z RIS oraz z innymi stacjami pracującymi w formacie DICOM 3.0) z minimum następujących klasami serwisowymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DICOM Worklist - DICOM Storage - DICOM Print - DICOM Query/Retrieve - DICOM MPPS Modality Performed Procedures Step - DICOM Storage commitment - DICOM Media Interchange CD / DVD 	Tak, podać		
<p>117. UPS umożliwiający skończenie badania (obróbkę obrazów i ich archiwizację) oraz zamknięcie systemu po zaniku zasilania</p>	Tak		
<p>118. Funkcja sklejanie obrazu. System automatycznie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - określa wymaganą liczbę ekspozycji (2, 3 lub 4), - synchronizuje ekspozycje z ruchem skanowania pacjenta. <p>Po zakończeniu ekspozycji przewidzianych dla wybranego badania, system przetwarza pozyskane obrazy, a następnie ponownie je łączy, tworząc jeden wynikowy obraz.</p>	Tak		
<p>Akcesoria uniwersalnej ścianki diagnostycznej klasy TELEKOMANDO</p>			



Znak sprawy: 30/ZP/2018

119.	Uchwyty dłoni	Tak 1 kpl.		
120.	Podnózek pacjenta ryglowany wzdłuż blatu stołu	Tak 1 kpl.		
121.	Podpory barków	Tak 1 kpl.		
122.	Podpory pod uda	Tak 1 kpl.		
123.	Pas mocowania pacjenta	Tak 1 kpl.		
124.	Wyłącznik nożny wyzwalania fluoroskopii przy stole pacjenta	Tak 1 kpl.		
125.	Zestaw do komunikacji głosowej pomiędzy sterownią a pomieszczeniem badań	Tak 1 kpl.		
	Inne			
126.	Waga kompletnego TELEKOMANDA z panelem DRF, kołpakiem, kolimatorem i pacjentem o dopuszczalnej wadze- Zamawiający usuwa niniejszy wymóg	≤ 1400 kg tak, podać Zamawiający usuwania niniejszy wymóg.		
127.	Demontaż posiadanego aparatu teleklomando, wykonanie prac niezbędnych do instalacji nowego aparatu.	Tak		
128.	Wykonanie projektu osłon stałych – jeżeli będzie wymagane	Tak		
129.	Testy odbiorcze (akceptacyjne) wykonane po instalacji zgodnie z obowiązującymi przepisami	Tak		
130.	Fartuchy ochronne (lekkie – o obniżonej wadze): Osłona tarczycy 2 szt, Fartuch jednostronny 4 szt. (rozmiary: M – 3szt. i L-1 szt.) Fartuch RTG typu „spódnica” 3 szt. (rozmiary: S,M i L) Fartuch RTG miednicowy 3 szt. Osłony na gonady (męska i żeńska) 2 komplety Fartuchy dla dzieci 2 szt. (rozmiary: S i M)	Tak		
131.	Wykonanie klimatyzacji pracowni – jeżeli jest wymagana do pracy aparatu RTG			
132.	Bezpłatne szkolenie użytkowników w zakresie obsługi	Tak		
133.	STANOWISKO OBRAZOWO – OPISOWE			
134.	Komputer, wymagania: procesor czterordzeniowy min. 2,8 GHz, min. 4 GB pamięci RAM, min. dysk twardy 2 x 500 GB, DVD RW, karta sieciowa 100/1000 Mbps, klawiatura, mysz optyczna, system operacyjny min Windows 7 lub równoważny, pod względem: <ul style="list-style-type: none"> • możliwości dokonywania aktualizacji i poprawek systemu przez Internet z możliwością wyboru instalowanych poprawek, • zintegrowanego z systemem modułu wyszukiwania informacji (plików różnego typu) dostępny z kilku poziomów: poziom menu, poziom otwartego okna systemu operacyjnego, system wyszukiwania oparty na konfigurowalnym przez użytkownika module indeksacji zasobów lokalnych, • wbudowanego systemu pomocy w języku polskim, • wsparcia dla większości powszechnie używanych urządzeń peryferyjnych (np.: drukarek, urządzeń sieciowych, standardów USB, Plug&Play, Wi-Fi) • graficznego środowiska instalacji i konfiguracji; - oprogramowanie dla lekarza – radiologa	Tak, podać		

Znak sprawy: 30/ZP/2018

135.	Monitory diagnostyczne parowane: Monitor diagnostyczny klasy 5 MP z dedykowaną kartą graficzną LCD z podświetlaniem LED, rozdzielczość co najmniej 1200x1600 pikseli jasność max co najmniej 700 cd/m ² , kontrast co najmniej 1000:1, wielkość przekątnej ekranu co najmniej 21,3 cala (min. 540 mm), LUT minimum 10 bitów, dedykowana do zastosowań medycznych karta graficzna, min. kąty widzenia pionowy/poziomy 176/176° dodatkowy monitor min19" do systemu HIS/RIS	Tak, podać		
136.	Oprogramowanie medyczne opisowe	Tak		
137.	Otwieranie badań CR/DR/US/CT/MG i wyświetlanie ich na monitorach diagnostycznych	Tak		
138.	System pozwala wyświetlać jednocześnie co najmniej 2 rodzaje badań tego samego pacjenta	Tak, podać		
139.	Oprogramowanie zgodne ze standardem DICOM 3.0	Tak		
140.	Obsługa DICOM Query/Retrieve	Tak		
141.	Funkcja wyświetlenia/ukrycia danych demograficznych pacjenta	Tak		
142.	Funkcja wyświetlenia/ukrycia adnotacji wprowadzonych przez użytkownika	Tak		
143.	Funkcja wyostrzania krawędzi w obrazie	Tak		
144.	Funkcja powiększania obrazu, min.: - powiększanie stopniowe, - powiększanie tylko wskazanego obszaru obrazu, - powiększenie 1:1 (1 piksel obrazu równa się jednemu pikselowi ekranu), - powiększenie na cały dostępny ekran obszaru wyświetlania.	Tak, podać		

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczania sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

Materiały eksploatacyjne niezbędne do pracy z powyższym sprzętem proszę wymienić i wskazać (rozmiar, nr katalogowy, sposób konfekcjonowania, jednostkowe ceny netto i brutto)

JEŻELI DOYCZTY:

podpis i pieczęć Wykonawcy



Znak sprawy: 30/ZP/2018

WARUNKI GWARANCJI I SERWISU OFEROWANEGO SPRZĘTU

Lp.	Warunki gwarancji i serwisu – RTG telekomando	Warunek graniczny	Wartość oferowana
1.	Okres gwarancji na urządzenie liczony od dnia instalacji przedmiotu zamówienia w miejscu użytkowania potwierdzonej bezusterkowym protokołem odbioru.	min. 24 miesiące podać	
2.	Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas przestoju urządzenia (naprawy) zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia.	Tak	
3.	Możliwość przedłużenia gwarancji na kolejne lata za ryczałtową odpłatnością lub wykupienie kontraktu serwisowego.	Tak	
4.	Pełna obsługa serwisowa napraw (wraz z kosztem dojazdu, części zamiennych i robocizny), jeden bezpłatny przegląd w ciągu roku (w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji), cykliczna kontrola bezpieczeństwa elektrycznego oraz czynności wymienionych w Art. 90 pkt 4 (Ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2010, Nr 107, poz. 679) w okresie gwarancji wliczone w cenę zamówienia bez żadnych limitów np. ilości godzin pracy, ilości cykli itp.	Tak	
5.	Czas usunięcia usterki/awarii nie wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w godzinach zegarowych.	48 h	
6.	Czas usunięcia usterki/awarii wymagającej wymiany części, od momentu zgłoszenia w dniach roboczych.	<=3 dni	
7.	W przypadku awarii naprawa w siedzibie Zamawiającego; w przypadku konieczności dokonania naprawy w warsztacie serwisowym, Wykonawca ponosi wszelkie koszty transportu i zapewnienia urządzenia zastępcze na czas trwania naprawy dostarczone do 48h od momentu zgłoszenia awarii.	Tak	
8.	Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu/urządzenia na nowy: a) 2 naprawy tego samego elementu (podzespołu) – uprawniają do wymiany podzespołu na nowy lub b) 3 niezależne od siebie awarie aparatu (sprzętu) w okresie 30 kolejnych dni – uprawniają do wymiany aparatu (sprzętu) na nowy.	Tak	
9.	Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych i wyposażenia.	8 lat od daty dostawy	
10.	Przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 w okresie gwarancji zalecane przez producenta a wykonywane przez serwis autoryzowany – podać w tabeli harmonogram zawierający m.in. terminy i zakres czynności do wykonania.	Podać:	
11.	Czas niezbędny do wykonania przeglądu okresowego lub innych czynności wymienionych w zakresie Art. 90 pkt 4 w ramach gwarancji od momentu zgłoszenia w dniach kalendarzowych.	<=14 dni	
12.	Po uruchomieniu urządzenia a przed oddaniem do eksploatacji dostarczyć PROTOKÓŁ BEZPIECZEŃSTWA ELEKTRYCZNEGO sprzętu zgodny z normą PN-EN 62353 lub równoważną pod kątem sporządzania protokołu zgodnie z etapami: data testu, test bezpieczeństwa elektrycznego (pomiar: rezystencji przewodu ochronnego; prądów upływu; rezystencji izolacji) data kolejnego testu bezpieczeństwa elektrycznego z uwzględnieniem wymagań producenta. W przypadku gdy sprzęt nie podlega wymaganiom normy PN-EN 62353 lub równoważnej pod kątem sporządzania protokołu zgodnie z etapami: data testu, test bezpieczeństwa elektrycznego (pomiar: rezystencji przewodu ochronnego; prądów upływu; rezystencji	Wskazać dokument, który zostanie dostarczony w dacie uruchomienia sprzętu (protokół lub oświadczenie)	

Znak sprawy: 30/ZP/2018

	izolacji) data kolejnego testu, załączyć OŚWIADCZENIE PRODUCENTA.		
13.	Serwis gwarancyjny na terenie Polski – wskazać przeznaczony dla zamawiającego punkt napraw i przeglądów gwarancyjnych (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail).	Podać:	
14.	Świadectwo autoryzacji serwisu potwierdzone przez producenta urządzenia. Zamawiający dopuszcza możliwość złożenia oświadczenia Wykonawcy dotyczące zapewnienia autoryzowanego serwisu.	TAK na wezwanie Zamawiającego	
15.	Najbliższy dla zamawiającego pogwarancyjny serwis na terenie krajów Unii Europejskiej poza Polską (nazwa, adres, telefon, fax, e-mail).	Podać:	
16.	Pogwarancyjne przeglądy okresowe lub inne czynności wymienione w zakresie Art. 90 pkt 4 wymagane przez producenta i wykonywane przez serwis autoryzowany, dostarczyć w dacie uruchomienia HARMONOGRAM zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania lub pisemne OŚWIADCZENIE , które należy dostarczyć w dacie uruchomienia, że sprzęt nie wymaga wykonania żadnych przeglądów pogwarancyjnych wykonywanych przez serwis.	Informacja, który z dokumentów harmonogram lub oświadczenie będzie dostarczone w dacie uruchomienia.	
17.	Dokumentacja techniczna opisująca sposób wykonania okresowej kontroli bezpieczeństwa elektrycznego sprzętu w zakresie zgodnym z normą PN-EN 62353 lub równoważną pod kątem wykonania testu bezpieczeństwa elektrycznego (pomiar: rezystancji przewodu ochronnego; prądów upływu; rezystencji izolacji) z uwzględnieniem wymagań producenta – wypełnić załącznik w/g wzoru KARTA KONTROLI i dostarczyć w dacie dostawy.	Tak, dostarczyć w dacie dostawy	
18.	Jeżeli producent urządzenia przewiduje, że urządzenie wymaga przeprowadzania okresowych (cyklicznych) czynności serwisowo – konserwacyjnych wykonywanych przez służby techniczne zamawiającego dostarczyć w dniu dostawy HARMONOGRAM zawierający m.in. terminy, częstotliwość i zakres czynności do wykonania. Jeżeli nie przewiduje to należy dostarczyć w dniu dostawy oświadczenie. W dniu dostawy SZKOLENIE w tym zakresie wraz z WYDANIEM IMIENNEGO CERTYFIKATU upoważniającego do wykonywania tych czynności (wraz z dokumentacją pkt 19).	Informacja, który z dokumentów harmonogram lub oświadczenie będzie dostarczone w dniu dostawy.	
19.	W przypadku harmonogramu pkt. 18 w języku polskim dokumentacja serwisowo – techniczna zawierająca opis sposobu wykonania tych czynności przez służby techniczne zamawiającego – dostarczona w dniu dostawy w formie papierowej i elektronicznej na adres e-mail: medserwis@spzoz.zgorzelec.pl	Tak w dniu dostawy	
20.	Instrukcja obsługi w języku polskim – dostarczona w dniu dostawy w formie papierowej i elektronicznej na adres e-mail: medserwis@spzoz.zgorzelec.pl	Tak w dniu dostawy	
21.	Paszport techniczny (wypełniony) – dostarczony w dniu dostawy.	Tak w dniu dostawy	

(Podpis i pieczęć Wykonawcy)

Znak sprawy: 30/ZP/2018

KARTA KONTROLI

W związku z wymaganiami Art. 90 ust. 6 i 7 ustawy o wyrobach medycznych Dz.U. 2010 Nr 107 Poz. 679 oraz normy PN-EN 62353 lub równoważnej **pod względem wykonywania testów bezpieczeństwa użytkowania** (Badania okresowe i badania po naprawie medycznych urządzeń elektrycznych) proszę podać wymagania producenta w zakresie wykonania okresowej kontroli sprawności i bezpieczeństwa elektrycznego sprzętu medycznego.

Nazwa i typ sprzętu

Klasa ochrony przeciwporażeniowej (podać I[⊕], II[⊕], BATERIA, PODŁĄCZONE DO ZASILANIA NA STAŁE)

Typ części aplikacyjnych (podać jakie typy części występują B[▲], BF[▲], CF[▼])

Test przewodów uziemienia ochronnego (dla klasy I[⊕] podać wartość limitu mΩ) mΩ

Prąd upływu urządzenia (jeżeli producent sprzętu wymaga wykonania pomiaru wpisać **TAK** i podać wartość limitu prądu μA)
(jeżeli producent sprzętu nie zaleca/nie dopuszcza wykonania pomiarów w danej metodzie wpisać **NIE**)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) wartość limitu μA
- metoda różnicowa (tak/nie) wartość limitu μA
- metoda alternatywna (tak/nie) wartość limitu μA

Prąd upływu części aplikacyjnych

(jeżeli producent sprzętu wymaga wykonania pomiaru wpisać **TAK** i podać wartość limitu prądu μA)
(jeżeli producent sprzętu nie zaleca/nie dopuszcza wykonania pomiarów w danej metodzie wpisać **NIE**)

- metoda bezpośrednia (tak/nie) wartość limitu μA
- metoda alternatywna (tak/nie) wartość limitu μA

Rezystancja izolacji (jeżeli producent sprzętu wymaga wykonania pomiaru wpisać **TAK** i podać wartość limitu rezystancji MΩ)
(jeżeli producent sprzętu nie zaleca/nie dopuszcza wykonania pomiarów w danej metodzie wpisać **NIE**)

- pomiędzy zasilaniem a uziemieniem (tak/nie) wartość limitu MΩ
- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a uziemieniem (tak/nie) wartość limitu MΩ
- pomiędzy częściami aplikacyjnymi a zasilaniem (tak/nie) wartość limitu MΩ

Inne wytyczne producenta co do sposobu wykonywania kontroli technicznej i pomiarów bezpieczeństwa elektrycznego:

.....
.....

Test funkcjonalny (określić zalecenia - wymagania producenta sprzętu co do sposobu i zakresu wykonania)

.....
.....