Załącznik nr 1

Dane Wykonawcy :

Nazwa/Adres : …………………………………………………………………………………………..

NIP …………………….

Regon ………………….

Nr KRS ………………..

data ..................................

# FORMULARZ OFERTY

Do Śląskiego Centrum

 Chorób Serca w Zabrzu

 ul. M.C.Skłodowskiej 9

 41-800 Zabrze

 Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na Dostawę aparatu USG ( sprawa nr 77/EZP/20), oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia za cenę wyszczególnionego w Pakiecie nr 1 .

**Termin płatności ustalamy do 30 dni** licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.

1. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
3. Oświadczamy, że zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty – deklarujemy gotowość podpisania umowy na warunkach określonych w załącznik nr 3 do SIWZ w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
4. Oświadczamy , że pozyskane do złożenia oferty dane osobowe są dokonane za zgodą osób tam wymienionych .
5. Oświadczamy, że posiadamy dokumenty dopuszczające przedmiot zamówienia do używania i obrotu na terenie Polski oraz, że jesteśmy gotowi do dostarczenia tych dokumentów na każde żądanie zamawiającego w terminie 5 dni od otrzymania zawiadomienia
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z polityką i zasadami środowiskowymi, bezpieczeństwa i higieny pracy dla firm realizujących dostawy i/lub usługi umieszczonymi na stronie internetowej Szpitala .

7. Nasz adres E-mail do odbierania korespondencji ………………………

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ...................................................
2. ...................................................

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej.*

Załącznik nr 2

Pakiet nr 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Nazwa przedmiotu zamówienia | nr kat / producent | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna netto | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Aparat USG z możliwością echokardiografii celem diagnozowania i leczenia układu krążenia  |   | Szt. | 1 |   |   |   |   |

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*

Załącznik nr 4

Oświadczenie

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

Dostawę aparatu USG

(spr. nr 77/EZP/20)

Oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy Pzp,

2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp.

........................................................ dnia ................ r.

.....................................................................

(podpis)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ......ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).

Jednocześnie oświadczam, że w związku z w/w okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp

podjąłem następujące środki naprawcze:

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...................... dn. ................ ..........................................

(miejscowość) (data) ( podpis osoby upoważnionej

 do reprezentacji Wykonawcy)

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*

Załącznik nr 5

**Dokument składany dopiero po upublicznieniu informacji z otwarcia ofert**

Sprawa nr 77/EZP/20

*………………………….*

*Miejscowość , data*

Dane Wykonawcy:

…………………………………

…………………………………

**Oświadczenie**

Zgodnie z przepisem art. 24 ust.11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 907 j.t. z późn. zm.),przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego w przedmiocie:

“ Dostawę aparatu USG ”

po zapoznaniu się z informacją z otwarcia ofert na stronie internetowej oświadczam(y), że :

należymy\*, nie należymy \* do grupy kapitałowej

\*niewłaściwe skreślić

z Wykonawcami uczestniczącymi w w/w postępowaniu

W związku z przynależnością do grupy kapitałowej podajemy jej uczestników

( wykonawca nie należący do grupy kapitałowej poniższe rubryki przekreśla).

………………………….…………………………………………………………………..…………….

………………………….…………………………………………………………………..…………….

………………………….…………………………………………………………………..…………….

Miejscowość ……………………………. Dnia………………………………………

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*

Parametry techniczne Załącznik nr 6

|  |
| --- |
| Nazwa urządzenia: **Aparat UKG** |
| Miejsce przeznaczenia: **Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej** |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oceniany** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |  |
|  | Producent | Podać | Bez oceny |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać | Bez oceny |  |
|  | Rok produkcji: 2020, sprzęt fabrycznie nowy | Tak | Bez oceny |  |
| **II** | **Parametry ogólne** |  |  |  |
|  | Liczba procesowych cyfrowych kanałów przetwarzania min. 8.000.000 | Tak | 8.000.001 – 8.999.999 - 0 pkt.9.000.000 i więcej - 20 pkt. |  |
|  | Monitor kolorowy LCD, min. 20” o rozdzielczości min. 1900 x 1000 | Tak | Bez oceny |  |
|  | Mobilny aparat na czterech kołach jezdnych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Waga aparatu max. 80 kg | Tak | Wartość najmniejsza - 10 pkt.,Wartość graniczna - 0 pkt.Pozostałe proporcjonalnie |  |
|  | Min. 3 gniazda głowic obrazowych i niezależne gniazdo CWD | Tak | Bez oceny |  |
|  | Panel dotykowy LCD min. 12” wspomagający obsługę aparatu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Panel sterowania umieszczony na ruchomym wysięgniku zapewniającym regulację wysokości i obrotu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (cineloop) dla CD i obrazu 2D min. 40000 klatek oraz zapis Dopplera oraz M-mode min. 600 sekund | Tak | 40000-49999 klatek - 0 pkt.50000 klatek i więcej - 20 pkt. |  |
|  | Ciągła dynamika aparatu min. 370 dB | Tak | 370 dB - 0 pkt.> 370 dB - 10 pkt. |  |
|  | Wewnętrzny dysk twardy ultrasonografu min. 500 GB | Tak | Bez oceny |  |
|  | Porty USB wbudowane w aparat pozwalające na zapis eksportowanych danych w formatach min. DICOM 3.0, AVI, JPG | Tak | Bez oceny |  |
|  | Zakres częstotliwości pracy ultrasonografu min. 2.0 MHz do 18.0 MHz | Tak | Bez oceny |  |
|  | Videoprinter czarno-biały, wbudowany w aparat | Tak | Bez oceny |  |
|  | Oprogramowanie DICOM 3.0 w zakresie funkcji: store, worklist, Q/R | Tak, konfiguracja, bramki | Bez oceny |  |
|  | Oferowany aparat kompatybilny z głowicami posiadanymi przez Zamawiającego | Tak/Nie | Tak - 25 pkt.Nie - 0 pkt. |  |
| **III** | **Obrazowanie i prezentacja obrazu** |  |  |  |
|  | Zakres głębokości penetracji do min. 35 cm | Tak | Bez oceny |  |
|  | Obrazowanie harmoniczne, obrazowanie harmoniczne z odwróceniem impulsu (tzw. inwersja fazy) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Częstotliwość odświeżania obrazu 2D min. 2000 obr/s | Tak | Bez oceny |  |
|  | Wbudowany moduł EKG wraz z zestawem kabli dla dorosłych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Obrazowanie trapezowe (poszerzony odcinek przyskórny) z głowicy sektorowej | Tak | Bez oceny |  |
|  | Obrazowanie panoramiczne z głowicy liniowej | Tak | Bez oceny |  |
|  | Doppler pulsacyjny (PWD) - rejestrowane prędkości maksymalne ( przy zerowym kącie bramki) min. od -9m/s do 0 oraz od 0 do +9m/s | Tak | Bez oceny |  |
|  | Color Doppler (CD) -rejestrowane prędkości maksymalne min. -450 cm/s do 0 oraz 0 do +450 cm/s | Tak | Bez oceny |  |
|  | Power Doppler (PD) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Obrazowanie przepływów bez użycia funkcji Dopplera | Tak | Bez oceny |  |
|  | Regulacja wielkości bramki Dopplerowskiej (SV) min. 1,0-15 mm | Tak | Bez oceny |  |
|  | Doppler fali ciągłej, o rejestrowanych, mierzonych prędkościach min. 12m/s (przy zerowym kącie bramki) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Tryb Triplex (B+CD/PD+PWD) na wszystkich oferowanych głowicach | Tak | Bez oceny |  |
|  | Tryb Triplex (B+CD +CWD) na wszystkich oferowanych głowicach sektorowych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Doppler Tkankowy Spektralny oraz kolorowy | Tak | Bez oceny |  |
|  | Anatomiczny M-Mode „on line” i zatrzymanej pętli B-mode | Tak | Bez oceny |  |
|  | Anatomiczny M-Mode „on line” z zatrzymanej pętli B-mode, pętli B-mode z archiwum | Tak | Bez oceny |  |
|  | Anatomiczny M-Mode krzywoliniowy (prowadzony swobodną linią przez badającego) z zapisanych pętli w archiwum | Tak | Bez oceny |  |
|  | Specjalistyczne oprogramowanie wraz z pełnymi pakietami pomiarowymi do badań kardiologicznych osób dorosłych. | Tak | Bez oceny |  |
|  | Specjalistyczne oprogramowanie wraz z pełnymi pakietami pomiarowymi do badań naczyniowych osób dorosłych | Tak | Bez oceny |  |
| **IV** | **Funkcje użytkowe** |  |  |  |
|  | Powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym min. 8x | Tak | Bez oceny |  |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu 2D przy pomocy jednego przycisku | Tak | Bez oceny |  |
|  | Funkcja ciągłego automatycznego optymalizowania obrazu 2D uruchamiana przy pomocy jednego przycisku | Tak | Bez oceny |  |
|  | Automatyczna optymalizacja widma dopplerowskiego przy pomocy jednego przycisku (min. automatyczne dopasowanie linii bazowej oraz PRF) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Automatyczny obrys spektrum i wyznaczanie parametrów przepływu na zatrzymanym spektrum oraz w czasie rzeczywistym na ruchomym spektrum (min. S,D,PI,RI,HR) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość przesunięcia linii bazowej na zatrzymanym oraz pochodzącym z archiwum obrazie Color Dopplera i PWD | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość zaprogramowania w aparacie nowych pomiarów oraz kalkulacji w aplikacjach | Tak | Bez oceny |  |
|  | Pomiar odległości - minimum 8 pomiarów | Tak | Bez oceny |  |
|  | Oprogramowanie bazujące na technologii „śledzenia markerów 2D” do analizy kurczliwości globalnej i odcinkowej oraz obliczania parametru Global Longitudinal Strain. Podsumowanie w postaci wykresu Bull-Eye „byczego oka” min 17 segmentów | Tak | Bez oceny |  |
|  | Wyznaczanie wskaźnika Z-Score dla badań kardiologicznych dzieci | Tak | Bez oceny |  |
|  | Funkcje zmian (postprocessingu) na obrazach z archiwum systemu, minimum:2D – (pętle/ obrazy bieżące, archiwum wewnętrzne i zewnętrzne)* Wzmocnienie
* Dynamika
* Automatyczna optymalizacja obrazu tkankowego
* Mapy szarości

Doppler kolorowy CFM (pętle/ obrazy bieżące, archiwum wewnętrzne i zewnętrzne)1. Wzmocnienie
2. Linia bazowa
3. Symultaniczna prezentacja B+B/CFM
4. Odwracanie kierunku przepływu

PW-Mode (pętle/ obrazy bieżące, archiwum wewnętrzne i zewnętrzne)1. Wzmocnienie
2. Linia bazowa
3. Korekcja kąta
4. Inwersja spektrum
5. Format wyświetlania
6. Szybkość obrazowania (skala czasu)

CW-Mode (pętle/ obrazy bieżące, archiwum wewnętrzne i zewnętrzne) 1.Wzmocnienie2.Korekcja kąta 3.Inwersja spektrum | Tak | Bez oceny |  |
| **V** | **Głowice ultradźwiękowe** |  |  |  |
|  | Głowica sektorowa 2D szerokopasmowa, o zakresie częstotliwości min. 1.5 MHz – 4.5MHz (+/- 1 MHz); obrazowanie harmoniczne, liczba elementów piezoelektrycznych min. 60, kąt obrazowania min. 900, TRIPLEX B+CD+PWD, TRIPLEX B+CD+CWD | Tak | Bez oceny |  |
|  | Głowica liniowa 2D szerokopasmowa do badań naczyniowych, małych narządów i ortopedii o zakresie częstotliwości emitowanych min. 2.5-10.0 MHz (+/- 1 MHz); obrazowanie harmoniczne, liczba elementów piezoelektrycznych min. 190, pole widzenia (FOV) min. 35 mm, TRIPLEX B+CD+PWD | Tak | Bez oceny |  |
|  | Głowica convex do badań narządów jamy brzusznej i naczyniowych, szerokopasmowa, o zakresie częstotliwości min. 2.0-6.0 MHz (+/- 1MHz), min. 190 elementów piezoelektrycznych; obrazowanie harmoniczne, obrazowanie TRIPLEX B+CD+PWD | Tak | Bez oceny |  |
| **VI** | **Możliwości rozbudowy** |  |  |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę sektorową pediatryczną 2D szerokopasmową, o zakresie częstotliwości min. 3 – 8 MHz (+/- 1 MHz); obrazowanie harmoniczne, liczba elementów piezoelektrycznych min. 90, kąt obrazowania min. 1100, TRIPLEX B+CD+PWD, TRIPLEX B+CD+CWD | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę sektorową neonatologiczną 2D szerokopasmową, o zakresie częstotliwości min. 4 – 12 MHz (+/- 1 MHz); obrazowanie harmoniczne, liczba elementów piezoelektrycznych min. 90, kąt obrazowania min. 1000, TRIPLEX B+CD+PWD, TRIPLEX B+CD+CWD | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę przezprzełykową elektroniczną, wielopłaszczyznowa, wieloczęstotliwościową o zakresie częstotliwości obrazowania obejmującym przedział 3 -7 MHz (+/- 1 MHz), liczba elementów piezoelektrycznych min. 2500, kąt pola obrazowania nie mniejszy niż 90°, zakres regulacji ustawienia płaszczyzny skanowania w zakresie kąta od 0° do 180° co 1° Tryb Triplex (B+CD +PWD)Triplex (B+CD +CWD) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę microconvex 2D szerokopasmową, o zakresie częstotliwości min. 3 – 10MHz (+/- 1 MHz); obrazowanie harmoniczne, liczba elementów piezoelektrycznych min. 190, kąt obrazowania min. 900, TRIPLEX B+CD+PWD | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwości rozbudowy o głowice wewnątrzsercowe (ICE) , o zakresie częstotliwości min. 5,0 – 10,0 MHz, kąt obrazowania min. 900 zasięg min. 15 cm | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwości rozbudowy o głowice liniową śródoperacyjna (nasierdziowa), o zakresie częstotliwości min. 5,0 – 16,0 MHz zasięg min. 10 cm, długość czoła głowicy maksymalnie 25 mm | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość rozbudowy o anatomiczny M-Mode krzywoliniowy (prowadzony swobodną linią przez badającego) na obrazach w trybie Strain i Strain Rate | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do analizy 2 D Strain dla ręcznie wskazanego obszaru LV | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość rozbudowy o procedurę badania wysiłkowego do 6 projekcji i min. 10 poziomów obciążenia. Rezultat końcowy w postaci wykresu bull’s eye „byczego oka” | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie o do automatycznego wyznaczania wskaźnika naczyniowego IMT | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość rozbudowy o oprogramowanie do automatycznego wyznaczania frakcji wyrzutowej lewej komory | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość rozbudowy o bateryjne podtrzymanie zasilania tak aby system po przerwie ( max 30 minut ) uruchomił się w czasie max. 15 sekund | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość rozbudowy o kompatybilny z archiwum USG zewnętrzny system, stację komputerową do powtórnej analizy i obliczeń parametrów kardiologicznych min. •Longitudinal Global Strain (Prezentacja wyników w postaci wykresu kołowego (Bull eye) • Indeks pracy oraz wydajności pracy mięśnia sercowego z możliwością oceny krzywej ciśnienie / odkształcenie | Tak | Bez oceny |  |
| **VII** | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 8 lat od dostawy | Tak, oświadczenie załączyć do umowy | Bez oceny |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak | 36 miesięcy - 10 pkt.Wartość graniczna - 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja w języku polskim (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie pracowników Pracowni Elektroniki Medycznej Zamawiającego | Tak | Bez oceny |  |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak | Bez oceny |  |
|  | Częstotliwość przeglądów | Podać i opisać | Bez oceny |  |
|  | Gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych | Podać i opisać (jeśli występuje możliwość gromadzenia danych osobowych należy podać ich rodzaj, sposób oraz miejsce) | Bez oceny |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak | Bez oceny |  |
|  | W przypadku napraw dłuższych niż 7 dni roboczych, zagwarantowanie aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych od zaoferowanego. | Tak | Bez oceny |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak | Bez oceny |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny | Podać dane kontaktowe | Bez oceny |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty | Bez oceny |  |

*Dokument składany w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym - podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy lub podpis w wersji papierowej .*