**Załącznik nr 1**

**WYKONAWCA: ZAMAWIAJĄCY:**

 **Centrum Onkologii**

 **im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy**

 **ul. I. Romanowskiej 2**

**………………………………………… 85-796 Bydgoszcz**

***Pieczęć Wykonawcy***

**OFERTA**

W związku z zamieszczoną na stronie internetowej prośbą o złożenie oferty na zakup ***systemu rentgenowskiego służącego do wykonywania zdjęć rentgenowskich po przeprowadzonej procedurze biopsji przezskórnej*** dla Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym zakresie objętym zamówieniem za łączną kwotę:

Netto: …………………………. zł/ słownie: ………………………………………..

+ ….%VAT …………………………

Brutto: …………………………. zł/ słownie ………………………………………..

1. Termin płatności – przelew 60 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury.
2. Termin realizacji zamówienia: do 4 tygodni od daty podpisania umowy.
3. Oświadczamy, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
4. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia
5. Osobą odpowiedzialną za realizacje wykonania zamówienia / do kontaktów ze strony firmy jest …................................................................. numer telefonu ……………….. .
6. Wszelkie naprawy i awarie należy składać telefonicznie pod nr fax ……………………………. lub mailowo na adres:………………………….
7. Parametry wymagane

Zestawienie parametrów wymaganych i ocenianych

**Wykonawca:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Producent:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nazwa aparatu**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Uwaga:**

Dla umożliwienia Zamawiającemu weryfikacji udzielonych odpowiedzi należy załączyć dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu (w języku angielskim lub polskim, w oryginale lub kserokopie poświadczone za zgodność z oryginałem).

Zamawiający ma prawo wystąpić do Wykonawców o udzielenie dalszych wyjaśnień niezbędnych dla weryfikacji udzielonych odpowiedzi.

Parametry określone jako „tak” i „podać” oraz parametry liczbowe (≥ lub ≤ ) są warunkami granicznymi.

Oferty które nie spełniają wymagań Zamawiającego zostaną odrzucone jako niezgodne ze Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia.

**PARAMETRY WYMAGANE**

| **L. P.** | **PARAMETRY URZĄDZENIA** | **WYMAGANIE** | **PUNKTACJA** | **POTWIERDZENIE WYMAGANIA****(Tak/Nie/wartości parametrów)** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **I WYMAGANIA OGÓLNE** |
|  | Mobilny system rentgenowski używany do wykonywania cyfrowych zdjęć rentgenowskich próbek po przeprowadzonej procedurze biopsji przezskórnej w celu umożliwienia szybkiej weryfikacji. Kabina rentgenowska kompatybilna z innymi komponentami: komputer klasy medycznej z fabrycznie zainstalowanym oprogramowaniem Windows 10 w zestawie, monitor dotykowy, stojak na komputer, klawiatura i mysz. Możliwość zainstalowania programu antywirusowego. | Tak | Bez oceny |  |
|  | Parametry komputera sterującego:Microsoft Windows 64 bit,min 8 GB RAM,HDD min 360 GBmonitor dotykowy min 14"Obsługa polskiej strony kodowej ISO IR 192. | Tak | Bez oceny |  |
|  | Zakres napięć ekspozycji | 21 kV- 25 kV | Bez oceny |  |
|  | Moc wyjściowa | 25W | Bez oceny |  |
|  | Materiał anody | Wolfram | Bez oceny |  |
|  | Rozmiar ogniska | 50µm | Bez oceny |  |
|  | Materiał filtra w oknie lampy | Beryl | Bez oceny |  |
|  | Rozdzielczość systemu | 10lp/mm +- 1lp/mm | Bez oceny |  |
|  | Rozmiar czujnika | 67mmx42mm | Bez oceny |  |
|  | Wymiary zewnętrzne komory | 420mmx420mmx320mm | Bez oceny |  |
|  | Interfejs sieciowy zgodnie z DICOM 3.0 z następującymi klasami serwisowymi:- Send - Storage Commitment - Worklist | Tak | Bez oceny |  |
|  | Certyfikaty i świadectwa:- deklaracja zgodności,- zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych | Tak | Bez oceny |  |
| **II SZKOLENIA** |
|  | Szkolenie specjalistyczne dla techników/inny personel z obsługi systemu, potwierdzone certyfikatami | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie personelu technicznego Zamawiającego w zakresie podstawowej konserwacji i obsługi systemu, potwierdzone imiennymi certyfikatami | Tak | Bez oceny |  |

**WARUNKI GWARANCJI I SERWIS POGWARANCYJNY NA OFEROWANY ZESTAW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **PARAMETR** | **WYMAGANIE\*** | **PARAMETR OFEROWANY** |
| **OKRES GWARANCYJNY** |
|  | Okres gwarancji na system (bez wyłączeń) łącznie z pełną (bez limitu skanów) gwarancją na lampę RTG – min. 24 m-cy | Tak – podać wartość |  |
|  | Czas reakcji serwisu w dni robocze do 24 godzin | Tak |  |
|  | Czas skutecznej naprawy bez użycia części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – max 3 dni robocze rozumiane jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | Tak |  |
|  | Czas skutecznej naprawy z użyciem części zamiennych licząc od momentu zgłoszenia awarii – max 6 dni roboczych rozumiane jako dni od pn-pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | Tak podać |  |
|  | W okresie gwarancji wykonawca na własny koszt zapewni aktualizacje oprogramowania do wersji najnowszych, aktualnie wprowadzonych przez producenta | Tak |  |
|  | Przeglądy konserwacyjne systemu TK wymagane przez producenta bezpłatne w okresie gwarancji | Tak |  |
|  | Wykonanie testów odbiorczych oraz testów specjalistycznych po instalacji urządzenia dla oferowanego zestawu rentgenowskiego zgodnie z aktualnie obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia (oddzielne protokoły dla testów odbiorczych i specjalistycznych).Wykonanie testów akceptacyjnych po istotnych naprawach gwarancyjnych. | Tak |  |
|  | Dostarczenie instrukcji obsługi i instrukcji technicznej urządzenia w dwóch egzemplarzach: w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej.Dotyczy również instrukcji obsługi urządzeń dodatkowych w języku polskim | Tak |  |
|  | W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielonej gwarancji). | Tak |  |
|  | Autoryzowane lub posiadające stosowne uprawnienia punkty serwisowe na terenie Polski | Tak / podać nazwę i adres |  |
| **SERWIS POGWARANCYJNY** |
|  | Min. 10 letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych oraz materiałów zużywalnych od daty sprzedaży na cały system TK i aparaty zaoferowane w zestawie | Tak |  |

\*-w przypadku, gdy w rubryce „WYMAGANIE” wymagana jest odpowiedź TAK lub podana jest wartość graniczna, to Wykonawca jest zobowiązany do potwierdzenia jej w rubryce „PARAMETR OFEROWANY”. Każda inna odpowiedź zostanie uznana za niespełnienie warunku granicznego i spowoduje odrzucenie oferty; pozostałe odpowiedzi podlegają ocenie.

Oświadczamy, że oferowany – powyżej wyspecyfikowany – zestaw jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do użycia bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

…………..………….., dnia ............................... ….…………………………………………………...

(podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)

1. WYKONAWCA:

Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………………………..

Adres: ……………………………………………

Nr telefonu: ………………………………. nr faxu, na który Zamawiający ma przesłać korespondencję / jednostkowe zamówienia: ………………………… .

NIP ……………………………………. REGON ……………………………………………. KRS ……………………………………

Nazwa banku oraz numer konta, na które będą przekazywane należności za otrzymaną fakturę:………………………………………………………..

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, umowę w imieniu firmy podpiszą: ………………………………………………………………………………………

**…………………………….. ……………………………………………**

Miejscowość, data Podpis/-y osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi jej integralną część są:**

1. Zaakceptowany Projekt umowy
2. Aktualny wpisu do Rejestru Wyrobów Medycznych lub deklaracji zgodności CE potwierdzających, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w ustawie o wyrobach medycznych.
3. Materiały prospektowe, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu (w języku polskim, w oryginale lub kserokopii poświadczonych przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem).
4. Oświadczenie producenta o dostępności serwisu na terenie kraju.