# FORMULARZ OFERTOWY

**Zapytanie ofertowe** **na dostawę ultrasonografu**

**dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łowiczu**

Nazwa Wykonawcy........................................................................................................

Siedziba Wykonawcy ....................................................................................................

Adres do korespondencji…………………………………………………………….............

NIP.................................................................................................................................

REGON..........................................................................................................................

Nr telefonu.....................................................................................................................

Nr faksu…………………………………………………………………………………………

e-mail …………………………………………………………………………………………..

W związku zapytaniem ofertowym, którego przedmiotem jest dostawa ultrasonografu dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łowiczu składam ofertę przetargową o następującej treści:

1. Oferuję wykonanie zamówienia w następujący sposób:

1.1Cena ofertowa brutto........................................................................................zł

słownie: .........................................................................................................złotych

w tym podatek VAT ...........\* % tj. .......................................................................... zł

\* \* …………………………………………………………………………………………….

słownie .........................................................................................................złotych

1.2 Cena ofertowa netto ...................................................................................... zł

Słownie ....................................................................................................... złotych

\* Zamawiający określił stawkę podatku VAT w rozdziale X ust 6 Zapytania ofertowego.

 \*\* Wykonawca, który składa ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, informuje o tym zamawiającego, wskazując nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazując ich wartość bez kwoty podatku.

1. Na przedmiot zamówienia udzielam gwarancji: ……… miesięcy od dnia odebrania przez Zamawiającego przedmiotu zamówienia i podpisania protokołu odbioru.
2. Zobowiązuję wykonać całość zamówienia w terminie 40 dni od zawarcia umowy.
3. Oświadczam, że uzyskałem informacje niezbędne do przygotowania oferty.
4. Oświadczam, że akceptuję warunki umowy określone w załączniku
do Zapytania ofertowego jeśli moja oferta zostanie wybrana, zobowiązuję się
do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
6. Akceptuję 30-dniowy termin płatności faktury wystawionej po dokonaniu odbioru
końcowego.
7. Osoby do kontaktów z Zamawiającym:

 Osoba/osoby do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialne za wykonanie zobowiązań umowy:

..................................................... tel. kontaktowy…………….., faks: …………….

9. Oferuję przedmiot zamówienia o następujących właściwościach:

Producent : …………………………………………………………………………………………………

Nazwa model/typ: ………………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………………………………………………………….……..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Parametry wymagane | Wartości wymagane/graniczne | Odpowiedź Wykonawcy Tak /Nie oraz podanie wartości parametru(w wierszu zaznaczonym \* wpisać oferowaną wartość parametru) |
| I | II | III | IV |
|  | Aparat fabrycznie nowy – rok produkcji 2016  | **Tak** | Tak/Nie |
| 1. ;/.
 | Gwarancja | **Min. 24 miesiące** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Aparat wykonany w technologii całkowicie cyfrowej | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Ilość niezależnych kanałów procesowych | **Min. 40 000** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Zakres częstotliwości pracy  | **Min. 1,5-16 MHz** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Niezależne gniazda głowic obrazowych przełączane elektroniczne | **Min. 4** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Zakres dynamiki dla obrazu 2D wyświetlany na ekranie | **Min. 180 dB** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Dotykowy wyświetlacz LED do sterowania wybranymi funkcjami aparatu o przekątnej powyżej 10 cali | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Monitor LCD/LED bez przeplotu o przekątnej min. 17 cali, rozdzielczości min. 1280 x 1024 piksele, z regulacją położenia (obrót, pochylenie, wysokość niezależnie od pulpitu.  | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Regulowana wysokość i obrót panelu sterowania  | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Możliwość sterowania podstawowymi funkcjami aparatu za pomocą tabletu lub smartfonu (łączność Wi-Fi lub bluetooth) dla celów dydaktycznych | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Bezprzewodowa łączność z siecią(Wi-Fi lub bluetooth) | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Możliwość ustawienia menu w języku polskim i polskie znaki w opisach oraz komentarzach do raportu | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Czas uruchomienia systemu | **Max. 50 sek.** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Archiwizacja obrazów na dysku twardym wbudowanym w aparat, nagrywarce CD/DVD w formatach kompatybilnych z systemem Windows oraz na pamięciach USB w formatach kompatybilnych z systemem Windows | **Tak**  | Tak/Nie |
|  | Pojemność dysku twardego  | **Min. 300 GB** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Min. 4 porty USB w tym 2 z przodu aparatu. | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Zapis obrazów i pętli w formacie raw data na dysku twardym aparatu | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Możliwość tworzenia własnych ustawień (tzw. presetów) | **Min. 50** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Nagrywanie i odtwarzanie dynamicznych obrazów /tzw. cine loop prezentacji B oraz kolor Doppler, prezentacji M-mode i Dopplera spektralnego  | **Tak**  | Tak/Nie |
|  | Ilość klatek pamięci CINE | **Min. 30 000** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Możliwość regulacji podstawowych parametrów na zatrzymanym obrazie. Min.: TGC, wzmocnienie (2D, tryby dopplerowskie), zakres dynamiki, mapy szarości, mapy koloru, linia bazowa, odwrócenie spektrum i koloru (invert) i inne (wymienić) | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Biało-czarna drukarka termiczna  | **Tak** | Tak/Nie |
|  **TRYBY OBRAZOWANIA** |
|  |  |  |  |
|  | **Tryb 2D (B-Mode)** | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Zakres ustawienia głębokości penetracji | **Min. 2 – 38 cm** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Zakres bezstratnego powiększania obrazu rzeczywistego i zamrożonego (tzw. zoom) a także obrazu z pamięci CINE | **Min. 10x** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Możliwość powiększenia obrazu diagnostycznego na pełny ekran | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Obrazowanie harmoniczne na wszystkich oferowanych głowicach z wykorzystaniem przesunięcia lub inwersji faz | **Tak**  | Tak/Nie |
|  | Strefowe wzmocnienie obrazu na wybranych głębokościach (TGC) | **Min. 8 stref** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Strefowe pionowe wzmocnienie obrazu (LGC) | **Min. 8 stref** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Technologia wzmocnienia kontrastu tkanek oraz zmniejszenia plamek i wyostrzenia krawędzi | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Przestrzenne składanie obrazów (obrazowanie wielokierunkowe pod kilkoma kątami w czasie rzeczywistym) | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Maksymalna ilość kątów obrazowania wielokierunkowego | **Powyżej 7** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Maksymalna prędkość odświeżania w trybie 2D | **Min. 1000 obr./sek.** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | **Tryb M-mode**  | **Tak** |  |
|  | Wybór prędkości przesuwu zapisu trybu M | **Min. 5** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | **Tryb spektralny Doppler Pulsacyjny (PWD**) | **Tak**  | Tak/Nie |
|  | Maksymalna mierzona prędkość przepływu przy kącie korekcji 0⁰ | **Min. 9 m/s** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Regulacja wielkości bramki dopplerowskiej | **Min. 0,5 - 20 mm**  | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Kąt korekcji bramki dopplerowskiej | **Min. 0 do +/-89 stopni** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | **Tryb Doppler Kolorowy (CD)** | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Maksymalna prędkość odświeżania obrazu dla Dopplera kolorowgo | **Min. 350 obr./sek.** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Regulacja uchylności pola Dopplera Kolorowego | **Min. +/-30 stopni** | Tak/Nie……………..………………….\* określić wartość parametru |
|  | **Tryb angiologiczny /Power Doppler/** | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Tryb Power Doppler kierunkowy | **Tak** | Tak/Nie |
|  | **Rozszerzony tryb kolorowego Dopplera o wysokiej rozdzielczości i czułości do dokładnego obrazowania przepływów szczególnie w małych naczyniach** | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Tryb Duplex /2D+PWD lub CD/ | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Tryb Triplex /2D+PWD+CD/ | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu za pomocą jednego przycisku w trybie B- Mode i Dopplera spektralnego | **Tak**  | Tak/Nie |
| **GŁOWICE** |
|  |  |  |  |
|  | **Głowica convex do badań j. brzusznej, ginekologicznych i położniczych.** | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Zakres częstotliwości pracy przetwornika | **Min. 2 – 6 MHz** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode | **Min. 3** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Częstotliwości nadawcze pracy do wyboru dla obrazowania harmonicznego | **Min. 3** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler | **Min. 3** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Ilość elementów  | **Min. 128** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Kąt pola obrazowego głowicy | **Powyżej 70 stopni** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Głębokość obrazowania | **Min. 38 cm** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | **Głowica liniowa szerokopasmowa, wieloczęstotliwościowa do badań małych narządów i naczyniowych** | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Zakres częstotliwości pracy przetwornika- | **Min. 4 – 16 MHz** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode | **Min. 3** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Częstotliwości nadawcze pracy do wyboru dla obrazowania harmonicznego | **Min. 3** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler | **Min. 3** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Regulacja uchylności bramki dla trybu Color Doppler (min. 3 stopnie regulacji) | **Min. 30◦** | Tak/Nie……………..………………….\* określić wartość parametru |
|  | Ilość elementów  | **Min. 190** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Szerokość obrazu (czoła obrazującego głowicy) | **Max. 40 mm** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Głębokość obrazowania | **Min. 26 cm** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Obrazowanie trapezowe | **Tak** |  |
|  | **Głowica endokawitarna do badań ginekologicznych i urologicznych.** | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Zakres częstotliwości pracy przetwornika | **Min. 3 – 11 MHz** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Centralne częstotliwości pracy do wyboru dla B-mode | **Min. 3** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Częstotliwości nadawcze pracy do wyboru dla obrazowania harmonicznego | **Min. 3** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Częstotliwości pracy do wyboru dla trybu Doppler | **Min. 3** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Ilość elementów  | **Min. 128** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Kąt pola obrazowego głowicy | **Powyżej 135 stopni** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
|  | Przystawka biopsyjna wielokrotnego użytku | **Tak** | Tak/Nie |
| **OPROGRAMOWANIE POMIAROWO-OBLICZENIOWE** |
|  |  |  |  |
|  | Pakiet obliczeń automatycznych dla Dopplera – automatyczny obrys spektrum wraz z podaniem podstawowych parametrów przepływu (min. PI, RI i inne) zarówno na obrazie rzeczywistym, jak i na obrazie zamrożonym | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Oprogramowanie aparatu /programy obliczeniowe i raporty/: j. brzuszna, kardiologia, ginekologia,położnictwo,pediatria,naczynia,małe i powierzchowne narządy, urologia, MSK i inne | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Raporty z każdego rodzaju badań | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Możliwość dołączania zdjęć do raportu | **Tak** | Tak/Nie |
| **OPCJE ROZBUDOWY** |
|  |  |  |  |
|  | Obrazowanie 3D w czasie rzeczywistym (4D) z głowic wolumetrycznych (objętościowych) convex z maksymalną prędkością obrazowania powyżej 50 objętości/sek. | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Obrazowanie tzw. tomograficzne – wyświetlanie kilku warstw danej objętości jednocześnie na ekranie | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Automatyczny pomiar podstawowych parametrów biometrii płodu (min. BPD, HC, AC i FL) i automatyczny pomiar NT | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Tryb obrazowania panoramicznego | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Transmisja danych i obrazów w sieci w standardzie DICOM z funkcją Worklist i MPPS | **Tak**  | Tak/Nie |
|  | Tryb spektralny Doppler Ciągły (CWD) sterowany pod kontrolą obrazu 2D z maksymalną mierzoną prędkością przepływu przy kącie korekcji 0⁰ min. 30 m/s | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Tryb kolorowy i spektralny Doppler tkankowy | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Analiza kurczliwości mięśnia sercowego Strain i Strain Rate | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Tryb anatomiczny M-mode min. 3 linie proste | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Moduł EKG wbudowany w aparat | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Głowice convex, endokawitarne, liniowe i sektorowe (phased array) możliwe do podłączenia. | **Tak** | Tak/Nie |
|  | Automatyczny pomiar IMT | **Tak** | Tak/Nie |
| **POZOSTAŁE WYMAGANIA** |
|  |  |  |  |
| 1. | Deklaracja zgodności na aparat i głowice(załączyć do oferty) | **Tak** | Tak/Nie |
| 2. | Certyfikat CE na aparat i głowice (załączyć do oferty) | **Tak** | Tak/Nie |
| 33 | Zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (załączyć do oferty) | **Tak** | Tak/Nie |
| 4. | Aktualny katalog potwierdzający oferowane parametry(załączyć do oferty) | **Tak** | Tak/Nie |
| 5. | Instrukcja obsługi i konserwacji w języku polskim w wersji papierowej i na nośniku elektronicznym(dostarczyć przy dostawie aparatu) | **Tak** | Tak/Nie |
| 6. | Gwarancja obejmująca cały system (aparat, głowice, printer) min. 24 miesiące | **Tak** | Tak/Nie……………..…………………..\* określić wartość parametru |
| 7. | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego aparatu USG na terenie Polski (dokumenty załączyć do oferty) | **Tak** | Tak/Nie |
| 8. | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata  | **Tak** | Tak/Nie |
| 9 | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 10 lat od daty dostawy | **Tak** | Tak/Nie |
| 10. | Przeszkolenie personelu medycznego i technicznego w zakresie: działania, obsługi i diagnostyki podstawowych usterek dostarczonego wyrobu w terminie ustalonym z użytkownikiem | **Tak** | Tak/Nie |

Uwaga: Parametry wymagane/graniczne muszą być bezwzględnie spełnione. Brak spełnienia wymaganych powyżej parametrów będzie powodem uznania oferty za niezgodną z wymaganiami zamawiającego.

W kolumnie ( IV ) Wykonawca powinien potwierdzić spełnienie wymagania/parametru słowem „Tak” lub „Nie”, jeśli nie spełniają oraz w kolumnach zaznaczonych\* opisać zaoferowane wymaganie/parametr lub podać zaoferowaną wartość.

………………………… ….……………………………………….

data imię i nazwisko

podpis i pieczęć osoby / osób uprawnionych

do występowania w imieniu Wykonawcy