**Oznaczenie sprawy AdG.26.14.2025**

**Załącznik nr 2**

…………………………….

(miejsce i data)

**Formularz Ofertowy**

**„Zakup z dostawą sprzętu i aparatury medycznej do Poradni Okulistycznej Powiatowego Centrum Usług Medycznych w Kielcach”**

**Część Druga – Aparat USG okulistyczny**

**Dane dotyczące Oferenta:**

Nazwa i siedziba: ………………………………………………………………………………….

Numer telefonu, e-mail : ………………………………………………………………………………………….

NIP…………………………………………………………, REGON………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa elementu/parametru** | **Opis szczegółowy/Wymagania**  **–parametry mogą być porównywalne, lekarz decyduje czy wystarczające na potrzeby poradni, w pierwszej kolejności wybór oferty w 100% spełniającej wymagania w opisie lub lepszej** | **UWAGI**  **Spełnia wymagania?(TAK/NIE)**  **-wpisać TAK jeśli zgodne z opisem lub lepsze**  **-wpisać tak jeśli lepsze i podać jakie,**  **-Wpisać NIE jeśli porównywalne i podać wartość lub opisać** |
| 1 | Typ urządzenia | Przenośny/(inny typ- wpisać jaki) ultrasonograf okulistyczny z możliwością wykonywania badania w prezentacji typu B (dwuwymiarowy obraz oka i oczodołu) z oprogramowaniem i sondą, jeśli oferta zawiera dodatkowo sondę z prezentacją typu A w komplecie proszę dopisać informację w UWAGACH (parametr ten nie ma wpływu na ogólną ocenę oferty, nie jest wymagany). |  |
| 2 | Sonda | Ultrasonograficzna sonda o częstotliwości min. 12 MHz do badania struktur oka i oczodołu |  |
| 3 | Pozyskiwanie i wyświetlanie danych | * Metoda skanowania: sektorowa |  |
| * Kąt skanowania: 60°, 256 linii, 2000 punktów/linii, |  |
| * Ilość klatek: do 30 fps, |  |
| * Regulacja wzmocnienia (zakres głowicy: 30–60 mm), |  |
| * Zapisywanie zdjęć w formacie .bmp lub .jpg, |  |
| * Rejestracja filmów do 100 klatek w formacie .wmv z możliwością przeglądania klatka po klatce (lub równoważne) |  |
| * 256 poziomów skali szarości. |  |
| 4 | Funkcje urządzenia | * Płynna regulacja Zoom, PAN i wybór obszaru, * Regulacja jasności i kontrastu, |  |
| * Ustawienia współczynników wzmocnienia (bliż/środek/dal), |  |
| * Możliwość wpisywania komentarzy z ekranu dotykowego, |  |
| * Wygodne narzędzia pomiarowe, |  |
| * inne proszę wpisać w uwagach |  |
| 5 | Kompatybilność | Zgodność z aktualnymi standardami medycznymi, umożliwiająca integrację z systemami elektronicznej dokumentacji medycznej i archiwizacji danych (np. DICOM) |  |
| 6 | Zasilanie | Standardowe zasilanie sieciowe lub przez port USB (jeśli dostępne) |  |
| 7 | **Gwarancja** | Minimum 24 miesiące gwarancji na urządzenie i oprogramowanie |  |
| 8 | **Wymagania jakościowe** | Urządzenie nowe, nieużywane, wolne od wad, dopuszczone do obrotu na terenie UE, z oznakowaniem CE i dokumentacją w języku polskim. Licencja na oprogramowanie. |  |
| 9 | **Termin wystawienia faktury i dostawy** | Gwarantowany termin dostawy do dnia 15.12.2025r, zapisany w Umowie na dostawę.  odbiór urządzenia potwierdzony protokołem odbioru |  |
| 10 | **Serwis** | Gwarantowany autoryzowany serwis na terenie Polski w ramach gwarancji i po okresie gwarancji. |  |
| 11 | **Szkolenie** | Wymagane przeprowadzenie szkolenia z obsługi i podstawowej konserwacji urządzenia w miejscu instalacji, zakończonego protokołem potwierdzającym przeszkolenie personelu. |  |

**………………………………………..**

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)