l.dz. P/72/11/2014/AP Starachowice 10.12.2014r.

Wykonawcy postępowania

Nr ogłoszenia 398692 - 2014

Zgodnie z art. 38 ust. 1 pkt Ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. – Prawo zamówień Publicznych-

(Dz.U. z 2013r. poz. 907 ze zm.) Zamawiający wprowadza następującą zmianę w SIWZ załącznik nr 3 zadanie nr 2 pkt.1a następującej treści:

„niezależne zasilanie z akumulatora”

który po powyższej zmianie otrzymuje brzmienie:

Załącznik nr 3

Zadanie nr 2

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**PRZENOŚNY APARAT RTG ANALOGOWY - 1 SZT.**

**Producent / Kraj:** .................................................................................

**Typ / Model urządzenia**: ......................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *L.P.* | *Parametry urządzenia* | | | | *Wartość wymagana* | | | | *Wartość oferowana* |
|  | **GENERATOR** | | | | | | | | |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2014 roku | | | | Tak | | | |  |
| 1a | | | | Niezależne zasilanie z akumulatora | | | Tak |  | |
|  | Generator H.F. (wysokiej częstotliwości) | | | | Tak | | | |  |
|  | Częstotliwość generatora [kHz] | | | | Min. 100 | | | |  |
|  | Moc [kW] | | | | Min. 30 | | | |  |
|  | Zakres napięć generatora  [kV] | | | | Minimalne: ≤ 40  Maksymalne: ≤ 125 | | | |  |
|  | Maksymalny prąd [mA] | | | | Min. 425 | | | |  |
|  | Zakres [mAs] | | | | Min. 0.5 – 200 | | | |  |
|  | Minimalny czas ekspozycji [ms] | | | | ≤ 1,2 | | | |  |
|  | **PANEL DOTYKOWY** | | | |  | | | |  |
|  | Aparat wyposażony w panel dotykowy typu „Touch Screen” do sterowania pracą aparatu | | | | Tak | | | |  |
|  | Wybór techniki ekspozycji z panelu dotykowego | | | | Tak | | | |  |
|  | Praca w technice dwupunktowej (niezależny wybór mAs i kV) | | | | Tak | | | |  |
|  | Praca w technice trzypunktowej (niezależny wybór mA, czasu ekspozycji i kV) | | | | Tak | | | |  |
|  | Wybór typu sylwetki Pacjenta dorosłego z panelu dotykowego | | | | Tak,  Min. 3 typy sylwetki | | | |  |
|  | Wybór sylwetki Pacjenta pediatrycznego z panelu dotykowego (niezależniy od wyboru typu sylwetki pacjenta Dorosłego) | | | | Tak | | | |  |
|  | Baza Danych Pacjenta z możliwością edycji i wpisywania danych demograficznych Pacjenta | | | | Tak,  Min. 500 Pacjentów | | | |  |
|  | Wydruk informacji dotyczących ekspozycji, zawierający:  - dane demograficzne Pacjenta  - parametry ekspozycji  - datę i godzinę ekspozycji | | | | Tak | | | |  |
|  | Programy anatomiczne | | | | Tak | | | |  |
|  | **LAMPA RTG I KOLIMATOR** | | | | | | | | |
|  | Lampa z anodą rotacyjną | | | | Tak | | | |  |
|  | Dwa ogniska lampy | | | | Tak | | | |  |
|  | Małe ognisko [mm] | | | | ≤ 0,6 | | | |  |
|  | Duże ognisko [mm] | | | | ≤1,3 | | | |  |
|  | Pojemność cieplna anody lampy RTG [kHU] | | | | ≤ 100 | | | |  |
|  | Pojemność cieplna głowicy lampy RTG [kHU] | | | | ≤ 500 | | | |  |
|  | Zabezpieczenie lampy RTG przed przegrzaniem | | | | Tak,  Opisać | | | |  |
|  | Możliwość stosowania zamienników\* lampy RTG od innego producenta. Podać nazwę przynajmniej jednego zamiennika.  *\*przez zamiennik należy rozumieć lampę innego producenta niż lampy zastosowanej w oferowanym aparacie, ale o parametrach pozwalających na jego użytkowanie zgodnie z przeznaczeniem i nie wpływających na inne parametry aparatu* | | | | Tak | | | |  |
|  | Kolimator posiadający min. trzy płaszczyzny ruchomych przysłon, których położenie można regulować | | | | Tak,  Podać nazwę i typ kolimator, producenta oraz opisać | | | |  |
|  | **INNE PARAMETRY** | | | | | | | | |
|  | Hamulec nożny ruchu wzdłużnego aparatu | | | | Tak | | | |  |
|  | System jezdny składający się ze wszystkich kół skrętnych | | | | Tak | | | |  |
|  | Wielkość obszaru zdjęciowego przy odl. Ognisko – film 1 m [cm] | | | | Min.35 x 43 | | | |  |
|  | Regulowane przysłony wewnątrz kolimatora do ustawiania obszaru promieniowania w trzech niezależnych płaszczyznach | | | | Tak | | | |  |
|  | Oświetlenie pola operacyjnego | | | | Tak | | | |  |
|  | Długość kabla zasilającego [m] | | | | ≥ 4 | | | |  |
|  | | | Obrót lampy RTG wokół osi poprzecznej [°] | | ≥ 150 | | | |  |
|  | | | Obrót lampy RTG wokół osi wzdłużnej [°] | | ≥ +/-180 | | | |  |
|  | | | Obrót kolimatora względem obudowy lampy RTG [°] | | ≥+/-90 | | | |  |
|  | | | Komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | | Tak | | | |  |
|  | | | Zasilanie z gniazda o napięciu 230 V | | Tak | | | |  |
|  | | | Maksymalny pobór prądu [A] | | ≤ 16 | | | |  |
|  | | | Pojemnik na kasety | | Tak | | | |  |
|  | | | Wymiary transportowe aparatu: [wys. / szer. / dł] | | Podać | | | |  |
|  | | | Waga aparatu [kg] | | Max. 200 | | | |  |
|  | | | Instrukcja użytkowania w języku polskim | | Tak | | | |  |
|  | | | Wykonanie testów akceptacyjnych na koszt oferenta | | Tak | | | |  |
|  | | | WARUNKI GWARANCJI I SERWISU | | | | | | |
|  | | | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | | | Tak | | |  |
| 45. | | | Min. 10 letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych licząc od daty sprzedaży | | | Tak | | |  |
| 46. | | Lokalizacja najbliższego punktu serwisowego | | | | Podać | | |  |

*Podpis Wykonawcy*

*…………………………………*

*Z*amawiający prosi wszystkich Wykonawców o uwzględnienie dokonanej zmiany w swojej ofercie przetargowej.

Dyrektor PZOZ w Starachowicach