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: ≤ 40Maksymalne: ≤ 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