

..... dnia

.....
[pieczęćka firmowa]**OFERTA****I. DANE WYKONAWCY:**

1. Pełna nazwa

.....

2. Przedstawiciel producenta*

.....

3. Adres i siedziba [kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo]

.....

.....

4. Adres do korespondencji [wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby]

.....

.....

5. REGON

6. Telefon [z numerem kierunkowym]

7. Faks [z numerem kierunkowym]

8. E-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY:

dotyczy zamówienia publicznego prowadzonego w trybie „przetargu nieograniczonego” przez:
Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, Al. Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa
 reprezentujący na podstawie udzielonego pełnomocnictwa
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

znak: **ZZZP-172/17** na:

DOSTAWA, INSTALACJA/MONTAŻ I URUCHOMIENIE FABRYCZNIE NOWEJ APARATURY MEDYCZNEJ:
AKCELERATOR LINIOWY WYSOKOENERGETYCZNY

Postępowanie w ramach realizacji zadań Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych
 pn. „Doposażanie zakładów radioterapii w Polsce” w 2017 r.

III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

DOSTAWA, INSTALACJA/MONTAŻ I URUCHOMIENIE FABRYCZNIE NOWEJ APARATURY MEDYCZNEJ:
AKCELERATOR LINIOWY WYSOKOENERGETYCZNY W LICZBIE 1 SZTUKA1. Cena oferty

Łączna wartość wpisana w kolumnie 4 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (waga w ocenie ofert: 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	ILOŚĆ	% VAT	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*
1	2	3	4
AKCELERATOR LINIOWY WYSOKOENERGETYCZNY	1		
PRODUCENT			
TYP			
ROK PRODUKCJI			
DOSTAWA, TRANSPORT I ROZŁADUNEK NOWEJ APARATURY			-zł
DEMONTAŻ, UTYLIZACJA STAREGO URZĄDZENIA, ADAPTACJA POMIESZCZEŃ I INSTALACJA, URUCHOMIENIE NOWEGO APARATU			
SZKOLENIE PRACOWNIKÓW	25		-zł
Łącznie:			-zł

* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 4 (wiersz łącznie) – wynosi słownie:

.....

2. Parametry techniczne przedmiotu zamówienia (waga w ocenie ofert : 40 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Wartość punktowa w kryterium nr 2 parametry techniczne przedmiotu zamówienia dokonana będzie na podstawie szczegółowego opisu parametrów podlegających ocenie, który stanowi Załącznik nr 3 do formularza oferty.

(UWAGA: należy wypełnić Załącznik nr 3 do oferty)

IV. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW SIWZ DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I OBOWIĄZKÓW WYKONAWCY

1. **Terminy, wielkość i warunki dostawy** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 1 i 3 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję terminy, wielkości i warunki dostaw określone w rozdz. V pkt 1 i 3 SIWZ.

2. **Oświadczam, iż oferowany przedmiot zamówienia posiada następujące świadectwa i certyfikaty** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 2 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:

Nazwa dokumentu

..... zał. nr

Nazwa dokumentu

..... zał. nr

Nazwa dokumentu

..... zał. nr

3. **Okres i warunki gwarancji** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 4 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję okres i warunki gwarancji określone w rozdz. V pkt 4 SIWZ.

4. **Warunki płatności** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 5 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. V pkt 5 SIWZ.

5. **Sposób kalkulacji ceny** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 6 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam sposób kalkulacji ceny przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 6 SIWZ.

6. **Obowiązki wykonawcy** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 7 SIWZ]:

Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na obowiązki Wykonawcy zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 7 SIWZ.

V. WPLATA WADIUM

[Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

1. **Forma, w jakiej zostało wniesione wadium:**

..... zał. nr

2. **Numer konta, na jakie Zamawiający dokonuje zwrotu wadium:**

.....
(wypełnia się w przypadku wniesienia wadium w pieniądzu)

VI. OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ ZE SPECYFIKACJĄ ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA I POTWIERDZAM SPEŁNIENIE WSZYSTKICH ZAWARTYCH W NIEJ WYMOGÓW

VII. POTWIERDZAM PRZYJĘCIE DO WIADOMOŚCI ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ NA WARUNKI I USTALENIA, KTÓRE BĘDĄ WPROWADZONE DO UMOWY

[Zgodnie z załącznikiem do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

VIII. CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM ORAZ NAZWY (FIRMY) PODWYKONAWCÓW

[zgodnie z art. 36b ustawy P.z.p. / Patrz rozdział V pkt 8 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

TAK / NIE *

**niepotrzebne skreślić*

Jeśli **TAK** należy wypełnić

IX. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ZWALCZANIU NIEUCZLIWEJ KONKURENCJI

[Patrz rozdział I pkt 23 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

TAK / NIE *

**niepotrzebne skreślić*

Określenie stron oferty, na której znajduje się tajemnica przedsiębiorstwa

Wskazanie sposobu zabezpieczenia (np. złożenie w osobnej kopercie)

i określenie czego dotyczy :

Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa :

X. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZAŁĄCZONYCH KOPII Z ORYGINAŁAMI

Niniejszym oświadczam, iż wszystkie załączone do oferty kopie dokumentów są zgodne z oryginałem.

Ponadto oświadczamy, że:

- dostarczony przedmiot zamówienia będzie spełniał wszystkie wymagania zawarte w SIWZ, oraz będzie gotowy do eksploatacji bez żadnych dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego,
- jesteśmy związani ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert,
- w przypadku, gdy nasza oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, podpiszemy umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

_____, dnia ___/___/____ r.

podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

LP.	WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania	
2.	Oferowane parametry techniczno-eksploatacyjne i warunki graniczne	
3.	Zestawienie parametrów ocenianych aparatury medycznej	
4.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające spełnienie parametrów ocenianych <i>(jeżeli nie występują w postaci FMI)</i>	

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie _____ ponumerowanych stron.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP- 172/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
 ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA:
DOSTAWA, INSTALACJA/MONTAŻ I URUCHOMIENIE FABRYCZNIE NOWEJ
APARATURY MEDYCZNEJ: AKCELERATOR LINIOWY WYSOKOENERGETYCZNY

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.6.,1.7.,1.8. SIWZ

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____

reprezentując firmę [o ile dotyczy]: _____

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy nie orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakazu
 ubiegania się o zamówienie publiczne.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
 lub podpis osoby fizycznej*

oświadczam, że ww. wykonawca/ firma w rozumieniu ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach
 lokalnych nie zalega z opłacaniem podatków i opłat lokalnych.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
 lub podpis osoby fizycznej*

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy:

- nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne*
- wydano wyrok lub decyzję*

Jeśli tak: Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub informacja o zawarciu wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

*niepotrzebne skreślić

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
 lub podpis osoby fizycznej*

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP- 172/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :DOSTAWA, INSTALACJA/MONTAŻ I URUCHOMIENIE FABRYCZNIE NOWEJ
APARATURY MEDYCZNEJ: AKCELERATOR LINIOWY WYSOKOENERGETYCZNY*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie*

AKCELERATOR LINIOWY WYSOKOENERGETYCZNY _____

PRODUCENT _____

TYP _____

ROK PRODUKCJI _____

Oferowane parametry techniczno-eksploatacyjne i warunki graniczne

Niżej wymienione parametry/warunki graniczne stanowią wymagania odcinające - niespełnienie nawet jednego z wymagań spowoduje odrzucenie oferty.

L.P.	Parametr	Warunek wymagany	Odpowiedź wykonawcy	Uwagi, informacje gdzie dany parametr występuje w dokumentacji lub oświadczeniu
1	Parametry ogólne			
1.1	SAD = 100 cm	TAK		
1.2	Średnica izocentrum mechanicznego (przy obrocie ramienia, kolimatora i stołu) ≤ 2 mm	TAK, podać		
1.3	Zakres obrotu ramienia $\geq (\pm 180.0^\circ)$	TAK, podać		
1.4	Maksymalne pole napromieniania w odległości SAD: ≥ 40 cm x 40 cm	TAK, podać		
1.5	Minimalne pole napromieniania w odległości SAD : ≤ 5 mm x 5mm	TAK, podać		
1.6	Dokładność ustawienia kąta ramienia $\leq 0.5^\circ$	TAK, podać		
1.7	Dokładność ustawienia kąta kolimatora $\leq 0.5^\circ$	TAK, podać		
1.8	Symulacja świetlna pola terapeutycznego	TAK		
1.9	Telemetr	TAK		
1.10	Awaryjny licznik dawki	TAK, opisać		
1.11	System antykolizyjny zapewniający bezpieczeństwo ruchów oferowanego akceleratora w tym głowicy oraz systemów EPID i IGRT.	TAK, opisać		
2	Wiązki fotonowe			
2.1	Wiązki fotonowe z filtrem spłaszczającym: 6 MV, 15 MV; minimalna moc dawki ≤ 50 MU/min, maksymalna moc dawki ≥ 500 MU/min	Tak, podać		
3	Tryby pracy klinicznej z wiązkami fotonowymi			
3.1	Terapia stacjonarna i konformalna 3D	TAK		

3.2	Terapia obrotowa	TAK		
3.3	Terapia IMRT typu Step&Shoot - wiązki płaskie	TAK		
3.4	Terapia dynamiczna IMRT	TAK, opisać		
3.5	Łukowa terapia dynamiczna typu VMAT	TAK, opisać		
4	Terapia elektronowa			
4.1	Terapia elektronowa wiązkami: 6 MeV, 9 MeV, 12 MeV, 15 MeV	TAK		
4.2	Maksymalna moc dawki ≥ 600 MU/min	Tak, podać		
4.3	Minimalny zestaw prostokątnych aplikatorów: 4 z zakresu rozmiaru pól od 6 cm x 6 cm do 20 cm x 20 cm	TAK, podać		
4.4	Zestaw akcesoriów do przygotowania osłon indywidualnych	TAK		
5	Kolimator wielolistkowy MLC			
5.1	Liczba listków 80	TAK, podać		
5.3	Przeplatanie listków MLC z przeciwległych stron	TAK		
5.4	Przekraczanie osi centralnej przez listki ≥ 10 cm	Tak, podać		
5.5	Maksymalny wysuw listka względem innych listków z tej samej strony ≥ 10 cm	Tak, podać		
5.6	Automatyczne ustawianie i weryfikacja ustawienia kształtu pola MLC na akceleratorze	TAK		
5.7	Dokładność pozycjonowania listka MLC ≤ 2 mm	TAK, podać		
6	Stół terapeutyczny			
6.1	Błat stołu z włókna węglowego (konstrukcja umożliwia napromienianie od dołu i wiązkami ukośnymi bez przechodzenia promieniowania przez elementy metalowe) wyposażony w indeksowany system mocowania unieruchomień	Tak, opisać		
6.2	Ruchy stołu sterowane automatycznie ze sterowni w trybie korekcji IGRT	TAK, opisać		
6.3	Dokładność ustawienia kąta stołu przy obrocie wokół izocentrum $\leq 0,5^\circ$	TAK, podać		
6.4	Nośność stołu ≥ 200 kg	TAK, podać		
6.5	Możliwość awaryjnego opuszczenia w przypadku zaniku zasilania elektrycznego	TAK		
6.6	Dokładność przesuwu blatu stołu w osiach X, Y i Z ≤ 1 mm	TAK, podać		
6.7	Oferowany stół terapeutyczny wyposażony w system unieruchomień dla technik stereotaktycznych głowy i tułowia	TAK		
7	Filtry klinowe			

7.1	Fizyczny filtr klinowy zintegrowany w głowicy akceleratora	Tak		
7.2	Minimalny zestaw katów łamiących zastosowanych filtrów klinowych (fizycznego lub dynamicznych): 15°, 30°, 45°, 60°	TAK		
7.3	Maksymalny rozmiar pola terapeutycznego z wykorzystaniem filtrów klinowych w kierunku klinowanym ≥ 30 cm	TAK, podać		
8	System wizualizacji portalowej w wiązce MV (EPID)			
8.1	Portalowy system wizualizacji w wiązce promieniowania megavoltowego zintegrowany z akceleratorem	TAK		
8.2	Detektor obrazu na bazie krzemu amorficznego	TAK		
8.3	Zakres energetyczny detektora obejmuje wymagane energie fotonowe	TAK		
8.4	Powierzchnia czynna detektora ≥ 41 cm x 41 cm	TAK, podać		
8.5	Rozdzielczość detektora $\geq 1024 \times 1024$ pikseli	TAK, podać		
8.6	Oprogramowanie umożliwiające porównywanie on-line obrazu portalowego z zaimportowanym obrazem DRR z systemu planowania leczenia	TAK		
8.7	Zintegrowany system dozymetrii portalowej 2D wraz z oprogramowaniem pozwalającym na kontrolę jakości pracy kolimatora MLC	Tak, opisać		
8.8	Zapamiętywanie obrazów systemu EPID w bazie danych systemu weryfikacji i zarządzania	Tak		
9	Zintegrowany system obrazowania IGRT w wiązce kV			
9.1	System IGRT zamocowany na ramieniu oferowanego akceleratora i składający się z położonych przeciwległe lampy rtg i detektora promieniowania na bazie krzemu amorficznego	TAK		
9.2	System IGRT realizuje funkcję obrazowania radiograficznego 2D i zapis wykonanych badań w bazie danych systemu weryfikacji i zarządzania	TAK		
9.3	System IGRT realizuje funkcję tomografii stożkowej CBCT z kontrastem pozwalającym na	TAK		

	obrazowanie tkanek miękkich			
9.4	<p>Stacja systemu realizuje funkcje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Import plików DICOM CT, DICOM RTPlan, DICOM RTStructure wysłanych z systemu planowania leczenia • Obrazowanie i nawigacja po przekrojach badań CT (referencyjnego i CBCT) • Obliczanie korekcji położenia pacjenta w osiach X, Y i Z na podstawie nałożenia badania referencyjnego CT i badania CBCT • Transfer parametrów korekcyjnych do systemu sterowania akceleratorem • Eksport danych (wartości przesunięć i dane obrazowe) do bazy danych systemu weryfikacji i zarządzania 	TAK, opisać		
9.5	Maksymalna średnica pola widzenia badań CBCT ≥ 46 cm	Tak, podać		
9.6	Maksymalna długość obrazowanego obszaru (bez stosowania łączenia badań CBCT) ≥ 15 cm	Tak, podać		
9.7	Zakres napięcia lampy rentgenowskiej co najmniej od 70 kV do 140 kV	TAK, podać		
9.8	Fantom lub zestaw fantomów pozwalających na kalibrację i okresową kontrolę systemu i obrazów 2D i 3D	Tak, opisać		
10	Systemy komputerowe i oprogramowanie współpracujące			
10.1	Niezbędna modernizacja systemu weryfikacji i zarządzania Mosaiq do wersji która w pełni obsługuje wszystkie możliwości oferowanego akceleratora	TAK		
11	Wyposażenie dodatkowe			

11.1	<p>Opcja synchronizacji oddechowej podczas napromieniania w trybie oddechu swobodnego umożliwiającą napromienianie pacjenta w wybranych przedziałach cyklu oddechowego</p> <p>lub</p> <p>opcja synchronizacji oddechowej w trybie oddechu wstrzymanego, kontrolowanego pomiarem spirometrycznym</p> <p>Oprogramowanie sterujące oferowaną opcją synchronizacji oddechowej zintegrowane z konsolą sterującą akceleratorem i umożliwiające napromienianie technikami dostępnymi na akceleratorze (w tym dynamicznego IMRT i VMAT).</p>	TAK, opisać		
11.2	Konfiguracja oferowanego akceleratora zapewnia możliwość realizacji technik leczenia z wykorzystaniem metod adaptacyjnych.	TAK		
11.3	Realizacja oferowanych metod adaptacyjnych planów leczenia, w zakresie obliczeń rozkładu dawki, zapewnia jakość zgodną z obliczeniami bazowych planów leczenia przygotowywanych w systemach planowania leczenia wykorzystywanych przez Zamawiającego w Zakładzie Radioterapii.	TAK		
11.4	Zestaw kamer i monitorów do obserwacji pacjenta w czasie napromieniania. Minimum dwie kamery boczne i kamera centralna. Jedna z kamer z możliwością sterowania ze sterowni akceleratora w zakresie zoom i obrót.	TAK		
11.5	System interfonii dwukierunkowej do łączności głosowej z pacjentem podczas napromieniania.	TAK		
	Mechaniczny front pointer	TAK		
11.6	Komplet centratorów laserowych do precyzyjnego układania pacjenta, sterowanie za pomocą pilota	TAK		
11.7	Monitory LCD wewnątrz bunkra terapeutycznego wyświetlające parametry akceleratora	TAK		
11.8	Zabezpieczenie sieciowe UPS	TAK		
11.9	Urządzenia dozymetryczne do kontroli realizacji technik stereotaktycznych	TAK		

Inne wymagania

L.P.	Opis	Warunek wymagany	Odpowiedź wykonawcy
1.	Wykonanie wymaganych prawem i zaleceniami producenta przedmiotu umowy testów odbiorczych i akceptacyjnych	TAK	
3.	Wykonawca zapewnia niezbędną (konieczną do skutecznego uruchomienia oferowanego akceleratora) adaptację pomieszczeń Pracowni Akceleratorowej, zgodnie z opisem w Planie Adaptacji Pomieszczeń	TAK	
4.	Wszelkie oprogramowanie związane z przedmiotem oferty dostarczone będzie z bezterminową licencją na jego użytkowanie przez Zamawiającego, wliczoną w cenę przedmiotu oferty.	TAK	
5.	Szkolenie personelu Zamawiającego obsługującego oferowany akcelerator w zakresie jego kompetencji, w miejscu instalacji, w języku polskim, w obecności instruktora w miejscu szkolenia. Certyfikaty potwierdzające szkolenie wydane imiennie dla wszystkich szkolonych.	TAK	
6.	Wykonawca zapewnia integrację oferowanego akceleratora z posiadaną przez Zamawiającego linią terapeutyczną w zakresie systemu weryfikacji i zarządzania wykorzystywanego w Zakładzie Radioterapii.	TAK	
7.	Integracja z systemem weryfikacji i zarządzania Zamawiającego zapewnia pełne wykorzystanie możliwości technicznych oferowanego akceleratora w warunkach klinicznych.	TAK	
8.	Wykonawca zapewnia integrację oferowanego akceleratora z posiadaną przez Zamawiającego linią terapeutyczną w zakresie systemów planowania leczenia wykorzystywanych w Zakładzie Radioterapii.	TAK	
9.	Wykonawca zapewnia, że oferowany akcelerator będzie dopasowany do akceleratora i wszystkich urządzeń wykorzystywanych do realizacji procedur radioterapii przez Zamawiającego pod względem parametrów geometrycznych, dozymetrycznych oraz technicznych realizacji planów leczenia	TAK	
10.	Wykonawca zapewnia pełną integrację przedmiotu zamówienia w wykorzystywanej przez Zamawiającego linii terapeutycznej, zapewniając możliwość przenoszenia pacjentów między akceleratorami bez konieczności wykonywania nowych planów leczenia	TAK	
11.	Wykonawca zapewnia wykonanie modeli matematycznych dla systemów planowania leczenia wykorzystywanych przez Zamawiającego.	TAK	
12.	Techniczne materiały informacyjne producenta na temat przedmiotu oferty w języku polskim lub angielskim, w których należy zaznaczyć wymagane przez Zamawiającego parametry lub oświadczenie producenta potwierdzające oferowane wartości parametrów.	TAK, załączyć do oferty	
13.	Deklarację lub certyfikat zgodności na przedmiot oferty, wystawiony przez uprawniony podmiot, zgodne	TAK, załączyć do	

	z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211)	oferty	
--	--	--------	--

Warunki serwisowe

L.P.	Opis	Warunek wymagany	Odpowiedź wykonawcy
1	Gwarancja obejmuje wszystkie naprawy, przeglądy, konserwacje wraz z częściami zamiennymi i materiałami niezbędnymi do ich wykonania. Czas trwania gwarancji co najmniej 3 lata.	TAK	
2	Wykonawca zapewni autoryzowany serwis oferowanego akceleratora, w pełnym zakresie w okresie gwarancji.	TAK	
3	Lokalizacja autoryzowanych punktów serwisowych oferowanego akceleratora.	TAK, podać dane kontaktowe	
4	Liczba gwarancyjnych przeglądów serwisowych zgodnie z zaleceniami producenta.	TAK, podać	
5	Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).	max. 24 godziny	
6	Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji (od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).	max. 3 dni	
8	Zapewnienie dostępności części zamiennych oferowanego akceleratora przez okres: a) min. 10 lat od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego, b) powyższe nie dotyczy oprogramowania i sprzętu komputerowego, dla którego Wykonawca zapewnia min. 5 letnią dostępność.	TAK, podać ilość lat dla a) i b)	
9	Możliwość zdalnej obsługi serwisowej przez autoryzowany serwis producenta oferowanego akceleratora.	TAK	
10	Instalacja najnowszej wersji oprogramowania w okresie gwarancji.	TAK	

Oświadczam, że przekazany przedmiot zamówienia będzie posiadał wymienione powyżej parametry oraz będzie gotowe do eksploatacji bez dodatkowych zakupów.

*podpis i pieczęć imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP-172/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :DOSTAWA, INSTALACJA/MONTAŻ I URUCHOMIENIE FABRYCZNIE NOWEJ
APARATURY MEDYCZNEJ: AKCELERATOR LINIOWY WYSOKOENERGETYCZNY*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie*

AKCELERATOR LINIOWY WYSOKOENERGETYCZNY _____

PRODUCENT _____

TYP _____

ROK PRODUKCJI _____

Oferowane parametry oceniane

L.P.	Parametr	Warunek wymagany	Odpowiedź wykonawcy	Uwagi, informacje gdzie dany parametr występuje w dokumentacji lub oświadczeniu	Punktacja
1.	Filtry klinowe realizowane przez zmotoryzowany klin fizyczny, zintegrowany w głowicy akceleratora. Zakres kątów łamiących klinów min. 1° - 60°, realizowane co 1°.	TAK, podać			Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt
2.	Odległość pomiędzy głowicą kolimatora MLC a izocentrum ≥ 45 cm.	TAK, podać			Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt
3.	Oferowany akcelerator zapewnia możliwość realizacji planów leczenia przygotowanych dla akceleratora wykorzystywanego przez Zamawiającego dla technik konformalnych	TAK, opisać			Tak – 10 pkt Nie – 0 pkt
4.	Oferowany akcelerator zapewnia możliwość realizacji planów leczenia przygotowanych dla akceleratora wykorzystywanego przez Zamawiającego dla technik IMRT	TAK, opisać			Tak – 10 pkt Nie – 0 pkt
5.	Funkcja analizy ułożenia pacjenta na podstawie danych obrazowania 4D CBCT względem obrazowania 4D wykonanego podczas procesu planowania leczenia.	TAK, podać			Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt
6.	Automatyczna analiza ułożenia pacjenta na podstawie więcej niż jednego obszaru zainteresowania.	TAK, opisać			Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt
7.	Maksymalna średnica pola widzenia systemu CBCT min. 46 cm.	TAK, podać			Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt
8.	System EPID zapewnia możliwość pomiaru dawki wyjściowej 2D (po	TAK, podać			Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt

	przejściu przez pacjenta).				
9.	System portalowy EPID umożliwia pomiar dawki wyjściowej (po przejściu przez pacjenta) w celu automatycznej rekonstrukcji dawki 3D oraz analizy i porównania z dawką 3D obliczoną przez system planowania leczenia	TAK, opisać			Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt
10.	Kilowoltowy system obrazowania IGRT daje możliwości : <ul style="list-style-type: none"> • analizy ułożenia pacjenta na podstawie danych obrazowania śródfrakcyjnego • analizy ułożenia pacjenta na podstawie danych obrazowania 4D CBCT 	TAK, opisać			Tak – 5 pkt Nie – 0 pkt

UWAGA:

Do oferty należy dołączyć szczegółową specyfikację techniczną zaoferowanych urządzeń/aparatury medycznej zawierająca nazwę sprzętu, nazwę producenta, charakterystykę oraz certyfikaty i/lub świadectwa i/lub oryginalne katalogi ze zdjęciami - foldery (firmowe materiały informacyjne - FMI), wydane przez producenta, w których powinny być zaznaczone wszystkie wymagane przez Zamawiającego parametry techniczne podlegające weryfikacji i ocenie, zgodne z opisem przedmiotu zamówienia (podane w rubrykach w Załącznikach nr 2 oraz nr 3 do oferty).

UWAGA:

W przypadku braku tych parametrów w firmowych materiałach informacyjnych - FMI, Wykonawca zobowiązany jest to potwierdzenia tych danych stosownym oświadczeniem, podpisanym przez osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy. Oświadczenie należy złożyć w miejscu do tego przewidzianym w druku oferty.

UWAGA:

Wobec braku jednoznacznego potwierdzenia w FMI lub w oświadczeniu Wykonawcy wartości parametrów oferowanych, Zamawiający w przypadku wątpliwości ma prawo ocenić podany parametr oceną zero. W przypadku wątpliwości Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji parametrów oferowanych urządzeń/aparatury medycznej na podstawie oryginalnych materiałów producenta.

*podpis i pieczęćka imienna
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*