|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Załącznik nr 2B do Formularza oferty***  ***- dotyczy części II***   |  |  | | --- | --- | | *(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)* | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |   Ja (My), niżej podpisany (ni) ...................................................................................  działając w imieniu i na rzecz :.................................................................................  *(pełna nazwa wykonawcy)*  ............................................................................................................................  *(adres siedziby wykonawcy)*  składając ofertę w trybie podstawowym na:  **„Przebudowę istniejących pomieszczeń na potrzeby utworzenia pracowni rezonansu magnetycznego w Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach”**  **nr sprawy: DZP -23/2025**  **Część II**  **Część II:** **Infrastruktura informatyczna:**  Producent: …………………………………………………..  Nazwa/Typ: …………………………………………………………  Rok produkcji: ………………………………………….. | | | | | | |
| **L.p.** | | |  | **Wartość wymagana** | **WARTOŚCI, PARAMETRY, DANE TECHNICZNE (wypełnia Wykonawca)** | **Punktacja** |
| 1. **Wymagania ogólne / Akty Prawne** | | | | | | |
|  | | W czasie prowadzenia prac wykonawczych należy przestrzegać wszystkich norm i przepisów prawnych odnoszących się do przedmiotu umowy, a w szczególności: Zgodność z przepisami i wymogami NFZ, Zgodność PACS ze szczegółowymi wymogami standardu DICOM3.0, Zgodność z innymi szczegółowymi zarządzeniami i wymogami w zakresie przetwarzania danych wrażliwych. | | TAK |  | - |
|  | | System jest zgodny Unijnymi przepisami w zakresie przetwarzania danych osobowych (GDPR/RODO) | | TAK |  | - |
|  | | Producent oferowanego oprogramowania posiada min: Certyfikację ISO 9001, Certyfikację ISO13485, Certyfikację ISO 27001. | | TAK załączyć |  | - |
|  | | Zamawiający oczekuje rozbudowy obecnych posiadanych aktywnych licencji systemu ZSM ArPACS w zakresie:   1. Moduł obsługi integracji DICOM/WL – PACS dla oferowanego urządzenia diagnostycznego typu MRI wraz z wyposażeniem, 2. Moduł obsługi generowania płyt CD/DVD dla pacjenta spod poziomu duplikatora jak i stacji roboczej w systemie PACS, 3. Modułu obsługi CD-OUT wraz z dostawą stacji roboczej w systemie PACS.   Koszty zakupu niezbędnych licencji jak i usług serwisowych ponosić będzie Wykonawca. Zamawiający nie będzie uczestniczył w pozyskaniu stosownych oferty w tym zakresie. | | TAK podać |  | - |
|  | | Zamawiający wymaga instalacji rozbudowywanych/oferowanych modułów aplikacji ZSM ArPACS wraz z ich aktualizacją w środowisku sprzętowym posiadanym aktualnie w placówce (serwer obrazowy, etc.). Parametry techniczne posiadanego sprzętu komputerowego zostaną przekazane Wykonawcy na etapie analizy przedwdrożeniowej. | | TAK |  | - |
| 1. **Moduł klienta generowania wyników badań - 1 szt.** | | | | | | |
|  | | Automatyczny duplikator DVD/CD (1 szt.) przeznaczony do wykonywania płyt pacjenta o parametrach minimalnych:   * Prędkość nagrywania i zadrukowywania płyt CD 30 nośników wydruku na godzinę (tryb szybki) przy zastosowaniu dysków CD-R zalecanych przez producenta, * Prędkość nagrywania i zadrukowywania płyt DVD 15 nośników wydruku na godzinę (tryb szybki) przy zastosowaniu dysków CD-R zalecanych przez producenta, * Tryby publikowania (liczba kopii), * Zewnętrzne wyjście 5 Nośników wydruku, * Wydajność 50 Nośników wydruku, * Tryb wsadowy 100 Nośników wydruku, * Prędkość druku 60 nośników wydruku na godzinę (tryb szybki), 40 nośników wydruku na godzinę (tryb wysokiej jakości), * Głowica drukująca Micro Piezo, * Kierunek drukowania dwukierunkowo, Jednokierunkowo, * Rozdzielczość drukowania 1.440 DPI x 720 DPI (tryb szybki), 1.440 DPI (tryb wysokiej jakości), * Konfiguracja dysz 180 dysz czarnych, 180 dysz na kolor Wkład atramentowy typ tuszu tusz Dye kolory Cyjan, Magenta, Żółty, Jasny cyjan, Jasna magenta, Czarny, * Liczba kolorów 6 Napędy, * Liczba napędów 2, * Szybkość zapisywania DVD-R 12 x, CD-R 40 x, * Typy nośników wydruku CD-R, DVD-R, DVD+R, DVD-R DL, DVD+R DL, * Inne Przyłącza 1 szt. złącze USB 2.0 typu B, * Kompatybilne systemy operacyjne Mac OS 10.7.x, Mac OS 10.8.x, Windows 7, Windows 8, Windows Server 2003 (64-bitowy), Windows Server 2008 (64-bitowy), Windows Server 2012 (64bit), Windows Vista, Windows XP | | TAK podać |  | - |
|  | | Komputer o minimalnych parametrach lub równoważnych:   * procesor min. sześciordzeniowy Intel Core i5 bieżącej serii produkcyjnej lub równoważny, * pamięć RAM min. 32 GB, * dysk twardy min. 512 GB SSD, * LAN min. 1Gbit/s, * nagrywarka mi. CD/DVD (wewnętrzna lub zewnętrzna), * karta graficzna, * system operacyjny klasy Windows 11 Pro PL 64bit lub w pełni kompatybilny z oferowanym oprogramowaniem diagnostycznym oraz stacją roboczą, * klawiatura i mysz komputerowa, * monitor LED min. 24“ z wysoką rozdzielczością i jasnością, * zasilacz UPS dopasowany mocą do oferowanego komputera | | TAK podać |  | - |
| X | | **Oprogramowanie do obsługi Duplikatora płyt CD/DVD** | | X | X | - |
|  | | Oprogramowanie do obsługi Duplikatora CD/DVD tego samego producenta co system WEB/PACS. | | TAK |  | - |
|  | | Program posiada funkcję szybkiego testowania płyty przed nagraniem i/lub informuje o powstałym błędzie w trakcie nagrywania poprzez informację w interfejsie oraz odpowiedni nadruk na płycie. | | TAK |  | - |
|  | | Program obsługuje wbudowaną drukarkę w urządzeniu duplikującym, umożliwiającym nadruk na płytach danych pacjenta i badania (zdefiniowanych w RIS i/lub w oprogramowaniu producenta duplikatora). | | TAK |  | - |
|  | | Program posiada interfejs użytkownika w języku polskim. | | TAK |  | - |
|  | | Program posiada panel pomocy kontekstowej w języku polskim. | | TAK |  | - |
|  | | Obsługa polskich znaków diakrytycznych. | | TAK |  | - |
|  | | Program działa na systemach operacyjnych w wersji min. 64 bitowych. | | TAK |  | - |
|  | | Program działa pod systematem min. Windows. | | TAK podać |  | - |
|  | | Program działa w oparciu o architekturę 64-bitową. | | TAK |  | - |
|  | | Program pracuje w systemie jako użytkownik ograniczony, nie wymagane są uprawnienia administracyjne do funkcjonowania programu. | | TAK |  | - |
|  | | Program posiada zintegrowaną listę użytkowników z systemem RIS/PACS. | | TAK |  | - |
|  | | Program integruje listę użytkowników z Active Directory. | | TAK |  | - |
|  | | Program wyświetla status robota min.: Czy oprogramowanie od robota jest aktywne, Czy robot jest aktywny, Stan tuszu w pojemniku | | TAK podać |  | - |
|  | | Podgląd stanu realizacji zleceń (kolejka) i możliwość zarządzaniem kolejką (wstrzymywanie, wznawianie, usuwanie). | | TAK |  | - |
|  | | Program pozwala na weryfikację poprawności nagrywanych płyt. | | TAK |  | - |
|  | | Program pozwala na jednoczesne przetwarzanie kilku zadań (w tym nagrywanie na 2 nagrywarkach). | | TAK |  | - |
|  | | Automatyczne odświeżanie listy dostępnych badań. | | TAK |  | - |
| 1. **Stacja robocza dla systemu PACS (moduł technik) - 1 szt.** | | | | | | |
|  | | Dostawa dodatkowej stacji generowania wyników badań spod poziomu lokalnego napędu wraz z niezbędnymi licencjami.  Komputer o minimalnych parametrach lub równoważnych:   * Procesor min. sześciordzeniowy Intel Core i5 bieżącej serii produkcyjnej lub równoważny, * pamięć RAM 32GB, * dysk twardy HDD 256 GB SSD * LAN 1Gbit/s, * Nagrywarka CD/DVD (wewnętrzna lub zewnętrzna), * Karta graficzna VGA * System operacyjny klasy Windows 11Pro lub równoważny, * Klawiatura i mysz komputerowa, * Monitor min. LCD 24“, * UPS dobrany mocą do oferowanego sprzętu komputerowego | | Tak podać |  | - |
| 1. **Gwarancja/Inne wymagania** | | | | | | |
|  | Wykonawca dokona pełnej instalacji dostarczonego sprzętu i licencji rozbudowywanego oprogramowania ZSM ArPACS, podłączenia urządzeń diagnostycznych oraz uruchomienia wszystkich funkcjonalności systemu. | | | TAK |  | - |
|  | Proces wdrożenia przeprowadzony zostanie z uwzględnieniem:   * instalacji i konfiguracji systemu, * konfiguracji bazy danych, * weryfikacji i modyfikacji dokumentów wynikowych–opisowych, * weryfikacji i modyfikacji dokumentów wynikowych–drukowanych | | | TAK |  | - |
|  | Zdalna diagnostyka za pośrednictwem łącza szerokopasmowego lub ISDN | | | TAK |  | - |
|  | Godziny i sposób przyjmowania zgłoszeń o awariach (telefon, faks, e-mail na który mają być zgłaszane awarie) | | | TAK |  | - |
|  | Wykonawca udzieli min. **12 miesięcznej** gwarancji na prawidłowe funkcjonowanie zainstalowanego oprogramowania wchodzącego w skład oferowanych modułów systemów, która liczona będzie od daty końcowego odbioru przedmiotu Zamówienia. Udzielona gwarancja obejmie:   * Zapewnienie zdalnego monitoringu bieżącego funkcjonowania systemu, * Zapewnienie pomocy telefonicznej (helpdesku) w dni robocze 9-17, * Doradztwo w zakresie rozbudowy przez Zamawiającego infrastruktury informatycznej systemu oraz instalowanie składników jego oprogramowania | | | TAK podać |  | - |
|  | Czas rozpoczęcia procedury usunięcia zgłoszonej awarii lub błędu krytycznego uniemożliwiającego korzystanie z podstawowych funkcji systemu – max. 24 godzin. Za błąd krytyczny uznane zostają awarie całkowicie uniemożliwiające prowadzenie diagnozy badań pacjentów w pracowniach diagnostycznych eksploatujących zainstalowany system w pracowni ZDO. | | | TAK podać |  | - |
|  | Czas usunięcia zgłoszonych usterek (błąd niekrytyczny, niedopracowanie aplikacji) nie blokujących podstawowej funkcjonalności systemu – max. 21 dni. Za błąd niekrytyczny uznane zostają usterki nie powodujące całkowitej blokady bieżącego funkcjonowania pracowni diagnostycznych eksploatujących zainstalowany system w pracowni ZDO. | | | TAK podać |  | - |
|  | Przekazana przez Wykonawcę dokumentacja systemu musi być zgodna z dostarczoną wersją systemu. W przypadku wprowadzenia zmian w systemie w trakcie trwania umowy, Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia zaktualizowanej dokumentacji użytkownika i administratora. | | | TAK |  | - |
|  | Szkolenia personelu Użytkownika w zakresie obsługi dostarczonych urządzeń oraz aplikacji klinicznych – przez min. 1 dzień roboczy, bez ograniczenia liczby szkolonych osób w terminie przed podpisaniem protokołu odbioru | | | TAK podać |  | - |

…………….……. *(miejscowość),*dnia ………….……. r. …………………………………………

*(podpis)*