**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

Dotyczy: postępowania **na dostawę oprogramowania do angiografu Azurion 7 B20/15 firmy Philips** dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii

i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

|  |  |
| --- | --- |
| Oznaczenie wykonawcy – nazwa | NIP |
| Adres (ulica, miejscowość, powiat, województwo) | Regon |
| Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę oraz nr telefonu:  Imię i nazwisko: …....................................................................  nr telefonu: ….................................................................... | Forma kontaktu, czynnego całą dobę, za pomocą którego zamawiający będzie przysyłał stosowne dokumenty dotyczące przedmiotowego postępowania:  Adres e-mail Wykonawcy:  …………………………………………………………………………….  Jeśli dostępny:  Nr fax: …............................................................ |
| Kontakt internetowy (strona www)  Jeśli posiada  …………………………………………………….. | Numer konta bankowego na, które należy zwrócić wadium (jeżeli było wymagane i zostało wpłacone w pieniądzu):  Nie dotyczy |

Dotyczy: postępowania **na dostawę oprogramowania do angiografu Azurion 7 B20/15 firmy Philips** dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

1. Oferuję dostawę **oprogramowania do angiografu Azurion 7 B20/15 firmy Philips** dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi w następujących cenach:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr** | **Parametr graniczny, wartość wymagana** | **Parametr oferowany**  **(wypełnia Wykonawca) Podać/Potwierdzić** |
| **Zintegrowany pakiet zaawansowanych aplikacji do zabiegów interwencyjnych– 1 szt.** | | | |
| **1.** | W pełni zintegrowany i kompatybilny z angiografem Azurion 7 B20/15 firmy Philips będącym na wyposażeniu Zamawiającego, pakiet zaawansowanych aplikacji klinicznych wykorzystywanych w zabiegach interwencyjnych w tym neuroradiologicznych, opisany szczegółowo w poniższych punktach. | TAK |  |
| **2.** | Zoom na obrazie life podczas akwizycji obrazu w czasie rzeczywistym (nie w postprocessingu) tj. powiększenie wybranego obszaru o rozmiarze innym niż pole obrazowe detektora FOV –(brak efektu zwiększenia dawki przy powiększeniach) | TAK,  podać nazwę oferowanego rozwiązania |  |
| **3.** | Możliwość jednoczesnej prezentacji ruchomych obrazów bez powiększenia i obrazu powiększonego przy pomocy zoomu elektronicznego w czasie rzeczywistym podczas fluoroskopii | TAK,  podać nazwę oferowanego rozwiązania |  |
| **4.** | Funkcjonalność umożlwiająca w sposób uproszczony tworzenie map poprzez nałożenie już uzyskanego obrazu na pozyskiwany w czasie rzeczywistym obraz fluoroskopowy wraz z możliwością zarządzania dawką promieniowania i środka kontrastowego w procedurach tworzenia map przez wybór obrazu z wcześniej pozyskanej serii jako obrazu maski. | TAK,  podać nazwę oferowanego rozwiązania |  |
| **5.** | Wyświetlanie dodatkowego obrazu fluoroskopowego (z subtrakcją) obok standardowego widoku fluoroskopii (bez subtrakcji).  Dodatkowo funkcjonalność musi umożliwiać wyświetlanie obok siebie cyfrowo powiększonych obrazów fluoroskopii wykonywanej w czasie rzeczywistym obok obrazów fluoroskopowych bez powiększenia.  Wybór obrazu oraz uruchomienie funkcjonalności z poziomu dotykowego panelu sterowania w Sali badań. | TAK,  podać nazwę oferowanego rozwiązania |  |
| **6.** | **Treść umowy licencyjnej na instalację oprogramowania** | **Załączyć do oferty** |  |

1. Oferuje termin płatności ……………. (min. 60 dni) od dnia doręczenia faktury.
2. Oferuję datę dostawy w terminie do ……… dni od dnia zawarcia umowy dostawy.
3. Osobą upoważnioną do realizacji zamówienia jest P. …………………………

Nr tel. ……………………… E-mail: ………………..

Data i podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty: