

ZAPYTANIE OFERTOWE

z dnia 22.06.2015 r.

Ogłoszenie o zamówieniu dla projektu nr STRATEGMED1/248672 /14/NCBR/2015 o wykonanie i Finansowanie projektu realizowanego w ramach programu „PROFILAKTYKA I LECZENIE CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH” STRATEGMED

1.Zamawiający

CENTRUM NEUROLOGII KRZYSZTOF SELMAJ, z siedzibą w Łodzi
93-121 , ul. Częstochowska nr 63a,
REGON 471481931 NIP 7251296510

2.Tryb udzielenia zamówienia

Postępowanie jest prowadzone w trybie zapytanie ofertowego, zgodnie z zasadą konkurencyjności, zgodnie z wytycznymi zawartymi w umowie między **Narodowym Centrum Badań i Rozwoju** z siedzibą w Warszawie 00-695, ul. Nowogrodzka 47 a **CENTRUM NEUROLOGII KRZYSZTOF SELMAJ**

- a) Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.
- b) Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.
- c) Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny.
- d) Zamawiający zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia negocjacji z Wykonawcą, którego oferta uznana za najkorzystniejszą (uzyskała najwyższą liczbę punktów), w sytuacji gdy zaproponowana przez Wykonawcę cena przewyższają kwotę, którą Zamawiający przeznaczył na sfinansowanie zamówienia (kwoty określone w budżecie szczegółowym projektu).
- e) Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany warunków udzielenia zamówienia lub unieważnienia postępowania.

3. Opis przedmiotu zamówienia:

Zamówienie obejmuje: leasing operacyjny aparatury – skanera do Rezonansu Magnetycznego wraz z wyposażeniem zgodnie ze specyfikacją przedmiotu zamówienia, która stanowi zał. nr 1.

4. Warunki udziału w postępowaniu.

a) W postępowaniu udział może wziąć każdy Wykonawca, który zgodnie ze złożonym oświadczeniem stanowiącym **załącznik nr 4** do niniejszego zapytania posiada możliwości wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami określonymi w niniejszym ogłoszeniu.

b) Każdy składający ofertę musi spełniać następujące **warunki obligatoryjne**:

1. **warunek wiedzy i doświadczenia** tj.: należyte wykonanie usług leasingu operacyjnego w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy, w tym okresie co najmniej:

- **10 usług leasingu operacyjnego** o wartości powyżej 1 000 000,00 zł brutto każda.

W celu udokumentowania spełnienia przedmiotowego kryterium zamawiający wymaga następujących danych: wartości i terminu wykonanych usług oraz ich krótkiego opisu **wg załącznika nr 5** do niniejszego zapytania ofertowego.

Ocena spełniania przez Wykonawców warunków udziału w postępowaniu, o których mowa powyżej, nastąpi na podstawie przedłożonych w ofercie oświadczeń i dokumentów (na zasadzie spełnia/nie spełnia).

c) **Opis kryteriów wyboru oferty oraz sposób oceny ofert**

Kryterium wyboru oferty jest w 100% cena brutto. Zamawiający będzie oceniał oferty odpowiadające ww. kryterium, przy czym kryterium podlegać będzie ocenie punktowej opartej o poniżej podane zasady przyznawania punktów.

cena brutto(C) - waga kryterium 100,00%

punktacja będzie wyliczana następująco:

$C = 100 \text{ pkt.} \times \text{cena najtańszej oferty} / \text{cena ocenianej oferty}$

Cena oferty jest ceną w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dn. 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz.U. Nr 97, poz. 1050 z późn. zm.). Cenę należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku w PLN. Cena ofertowa nie będzie podlegać zmianie w trakcie realizacji zamówienia. W cenie należy uwzględnić wszystkie koszty wynikające z wymagań określonych w niniejszym zapytaniu ofertowym.

- d) Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta spełniająca warunki udziału w postępowaniu, która odpowiadała wymogom zawartym w zapytaniu ofertowym i jednocześnie przedstawiała najkorzystniejsze warunki realizacji samego zamówienia, dzięki czemu uzyskała najwyższą punktację w oparciu o przedstawione w ppkt c) kryteria.

5. Forma i termin wykonania zamówienia

a) Termin wykonania usługi:

- usługa leasingu będzie trwała 36 miesięcy od miesiąca podpisania protokołu odbioru przedmiotu leasingu ,
- maksymalny, nieprzekraczalny termin instalacji i oddania do eksploatacji urządzenia - skanera (aparatury) będącego przedmiotem leasingu operacyjnego, zakończone protokołem odbioru – 15.09.2015r.

b) Zamawiający ustala, iż rozliczenie za wykonaną usługę nastąpi w oparciu o faktury VAT wystawiane w trybie miesięcznym w okresie realizacji usługi.

6. Sposób przygotowania i forma złożenia oferty

a) Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.

b) Oferty należy przygotować pisemnie w formie zawierającej wszystkie niezbędne informacje z wykorzystaniem wzorów załączników przygotowanych przez zamawiającego.

Kompletna oferta powinna zawierać:

- formularz ofertowy (załącznik nr 2)

- oświadczenie Wykonawcy o braku powiązań kapitałowych lub osobowych z Zamawiającym (załącznik nr 3)
 - oświadczenie o spełnieniu wymagań obligatoryjnych związanych z realizacją zamówienia (załącznik nr 4)
 - wykaz wykonanych usług potwierdzający spełnianie warunku wiedzy i doświadczenia (załącznik nr 5)
- b)** Wymaga się, aby oferta była podpisana przez osobę lub osoby uprawnione do zaciągania zobowiązań w imieniu wykonawcy w sposób jednoznacznie identyfikujący osobę lub osoby podpisujące ofertę.
- c)** Termin związania ofertą wynosi 30 dni od daty jej złożenia.
- d)** Wszelkie koszty związane z przygotowaniem oferty ponosi Wykonawca składający ofertę.
- e)** Ofertę można:
- złożyć osobiście w miejscu prowadzenia działalności firmy 90-324 Łódź, ul. Tylna 12,
 - doręczyć za pośrednictwem poczty lub kuriera pod ww. adres,
 - przesłać za pośrednictwem poczty elektronicznej w formacie PDF na adres: kselmaj@afazja.am.lodz.pl
- f)** Termin składania ofert upływa dnia **06.07.2015r.** o godzinie **16.00**
- g)** Oferty złożone po terminie wskazanym powyżej nie będą rozpatrywane.
- h)** Otwarcie ofert nastąpi w miejscu prowadzenia działalności firmy w Łodzi ul. Tylna 12, dnia **06.07.2015 r.** o godzinie **17.00**
- i)** W toku oceny ofert Zamawiający może zwrócić się z zachowaniem formy pisemnej do wykonawcy z prośbą o udzielenia dodatkowych wyjaśnień dotyczących formy i treści złożonej oferty. Wykonawca składa wyjaśnienia z zachowaniem formy pisemnej.
- j)** Wybrany Wykonawca ma obowiązek skontaktować się z Zamawiającym w terminie 3 dni od momentu powiadomienia go o wybraniu jego oferty w celu uzyskania informacji o dniu wyznaczonym na podpisanie umowy.
- k)** Zamawiający może odstąpić od podpisania umowy, jeżeli cena wybranej oferty przewyższa kwotę, którą Zamawiający zamierzał przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia (kwota określona w budżecie szczegółowym projektu).
- l)** W sprawach nieuregulowanych w niniejszym ogłoszeniu mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

7. Sposób informowania wykonawców o prowadzonym postępowaniu

a) Pełna informacja o prowadzonym postępowaniu zawarta w niniejszym ogłoszeniu dostępna jest do publicznej wiadomości za pośrednictwem:

- Miejsca prowadzenia działalności firmy: 90-324 Łódź, ul. Tylna12,
- strony internetowej firmy: www.selmaj.pl

b) Zamawiający zastrzega sobie prawo do przesłania niniejszego zapytania do wybranych przez siebie potencjalnych wykonawców z prośbą o rozpatrzenie możliwości wzięcia udziału i złożenia oferty w postępowaniu.

8.Sposób kontaktowania się pomiędzy Zamawiającym, a wykonawcami w postępowaniu

Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzi się z zachowaniem formy pisemnej, faksowej lub drogą elektroniczną

Do bezpośredniego kontaktowania się z potencjalnymi Wykonawcami w sprawach związanych z prowadzonym postępowaniem Zamawiający upoważnia:

Imię nazwisko: Krzysztof Selmaj

Telefon: 604480110

e-mail: ksejmaj@afazja.am.lodz.pl

9. UWAGI KOŃCOWE

a) Z możliwości realizacji zamówienia są wyłączone podmioty, które powiązane są z Zamawiającym, z osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego, lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy osobowo lub kapitałowo.

b) Złożenie przez Wykonawcę dokumentów fałszywych, stwierdzających nieprawdę lub nierzetelnych oświadczeń mających istotne znaczenie dla Zamawiającego może spowodować wykluczenie Wykonawcy z dalszego postępowania.

c) Niniejsze ogłoszenie nie jest ogłoszeniem w rozumieniu ustawy prawo zamówień publicznych.

Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego z dn. 22.06.2015 r.

Specyfikacja przedmiotu zamówienia

Zamówienie obejmuje: usługę leasingu operacyjnego urządzenia – skanera (aparatury) do badań techniką rezonansu magnetycznego wraz z instalacją i testowym uruchomieniem tego urządzenia we wskazanym przez Zamawiającego obiekcie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej . Ponadto cena usługi ma także obejmować:

- przeszkolenie z zasad użytkowania i eksploatacji minimum 4 osób wskazanych przez Zamawiającego, w wymiarze minimum 150 godzin,
- pełen serwis wraz z materiałami technicznymi wymaganymi przy serwisie w całym okresie leasingu.
- ubezpieczenie przedmiotu leasingu w wymaganym przez leasingodawcę zakresie.

Wymagane parametry leasingu operacyjnego:

Okres leasingu operacyjnego - 36 miesięcy,

Opłata początkowa – 0% wartości urządzenia,

Ilość równych rat leasingowych (miesięcznych) -36,

Wartość wykupu 1%

Waluta finansowania – PLN

Wymagane parametry techniczno eksploatacyjne urządzenia – aparatury medycznej do diagnostyki rezonansu magnetycznego:

L.p.	Parametr	Wartość graniczna
1.	Magnes	
1.1.	System chłodzenia magnesu	Zamknięty; chłodzenie helem
1.2.	Natężenie pola	$\geq 2,89$ T; podać wartość
1.3.	Rozkład linii 0,5 mT (X, Y, Z) od izocentrum	Max 2,8 x 2,8 x 4,8 m; podać wartości
1.4.	Aktywny shim instalacyjny	Tak

L.p.	Parametr	Wartość graniczna
1.5.	Aktywne ekranowanie przed wpływem zewnętrznych zmiennych interferencji pola magnetycznego (np. wywołanych poruszającymi się obiektami ferromagnetycznymi lub zakłóceniami z transformatorów – destabilizującymi stałe pole magnetyczne) funkcjonujące w trakcie wykonywania akwizycji danych (External Interference Shielding lub odpowiednio do nomenklatury producenta)	Tak; podać nazwę
1.6.	Średnica otworu pacjenta (magnes z systemem „shim”, cewkami gradientowymi, zintegrowaną cewką nadawczo-odbiorczą i obudowami gantry)	≥ 70 cm; podać wartość
1.7.	Całkowita długość gantry magnesu od przedniej do tylnej obudowy (magnes z systemem shim, cewkami gradientowymi, zintegrowaną cewką nadawczo-odbiorczą i obudowami gantry)	≤ 180 cm; podać wartość
1.8.	Typowa homogeniczność pola w małej kuli o średnicy 10 cm mierzona metodą VRMS	$\leq 0,01$ ppm; podać wartość
1.9.	Typowa homogeniczność pola w dużej kuli o średnicy 30 cm mierzona metodą VRMS	$\leq 0,2$ ppm; podać wartość
1.10.	Sprzętowa korekta homogeniczności pola wyższego rzędu po wprowadzeniu do magnesu pacjenta i cewek odbiorczych niezbędna do uzyskania wysokiej jakości obrazowania we wszystkich badaniach diagnostycznych	Tak, podać nazwę
1.11.	Magnes o geometrii homogeniczności zdefiniowanej jako objętość cylindryczna	Tak, podać nazwę
1.12.	Zużycie helu przy typowej pracy klinicznej z wyłączeniem ubytków przy pracach serwisowych	$= 0,0$ l/rok; podać wartość
2.	System gradientowy	
2.1.	Cewki gradientowe chłodzone wodą	Tak
2.2.	Maksymalna amplituda gradientów w każdej z osi X, Y i Z dla max. pola widzenia (max FoV)	≥ 45 mT/m; podać wartość
2.3.	Maksymalna szybkość narastania gradientów („slew rate”) w każdej z osi X, Y i Z, dla amplitudy podanej w punkcie 2.2.	≥ 200 T/m/s; podać wartość
3.	System RF	
3.1.	Liczba równoległych cyfrowych kanałów odbiorczych z pełną ścieżką cyfrową (element antenowy – wzmacniacz – przetwornik A/D – rekonstruktor), obrazujących jednocześnie w maksymalnym polu widzenia (max FoV)	≥ 48 ; podać wartość
3.2.	Max szerokość pasma dla każdego cyfrowego kanału odbiorczego	≥ 1 MHz; podać wartość
3.3.	Technologia cyfrowej, światłowodowej transmisji sygnału odebranego, od pomieszczenia magnesu do maszyny	Tak; podać nazwę

L.p.	Parametr	Wartość graniczna
	(OpTix, DirectRF, DirectDigital lub odpowiednio do nomenklatury producenta)	
3.4.	Technologia cyfrowej, światłowodowej transmisji sygnału nadawczego, od maszyny do pomieszczenia magnesu (DirectRF lub odpowiednio do nomenklatury producenta)	Tak; podać nazwę
3.5.	Tor nadawczy wyposażony w technologię wielokanałowej transmisji, pozwalającej na optymalizację jednorodności pola B1 (MultiTransmit, MultiDrive, TimTX lub odpowiednio do nomenklatury producenta)	Tak; podać nazwę
4.	Cewki	
4.1.	Zintegrowana cewka nadawczo-odbiorcza ogólnego zastosowania	Tak; podać nazwę cewki
4.2.	Wielokanałowa cewka typu matrycowego do badań głowy i szyi lub kombinacja cewki do głowy z cewką do szyi, posiadająca min. 20 elementów obrazujących w badanym obszarze, pozwalająca na korzystanie z akwizycji równoległych w całym badanym obszarze (SENSE, iPAT, ASSET lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę cewki lub kombinacji cewek i liczbę elementów obrazujących
4.3.	Wielokanałowa cewka typu matrycowego lub kombinacja cewek do badań całego kręgosłupa (odcinki szyjny, piersiowy i lędźwiowy) z automatycznym przesuwem stołu pacjenta sterowanym z protokołu badania, bez repozycjonowania pacjenta, posiadająca min. 30 elementów obrazujących, pozwalająca na korzystanie z akwizycji równoległych w całym badanym obszarze (SENSE, iPAT, ASSET lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę cewki lub kombinacji cewek i liczbę elementów obrazujących
4.4.	Wielokanałowa cewka typu matrycowego lub kombinacja cewek do badań całego ośrodkowego układu nerwowego (głowa i cały kręgosłup) z automatycznym przesuwem stołu pacjenta sterowanym z protokołu badania, bez repozycjonowania pacjenta, posiadająca min. 48 elementów obrazujących, pozwalająca na korzystanie z akwizycji równoległych w całym badanym obszarze (SENSE, iPAT, ASSET lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę cewki lub kombinacji cewek i liczbę elementów obrazujących
4.5.	Wielokanałowa cewka typu matrycowego lub kombinacja cewek dedykowana do badań klatki piersiowej, jamy brzusznej lub miednicy, o zakresie pokrycia wynoszącym min. 30 cm w osi Z, posiadająca min. 24 elementy obrazujące w badanym obszarze, pozwalająca na korzystanie z akwizycji równoległych w całym badanym obszarze (SENSE, iPAT, ASSET lub zgodnie z	Tak; podać nazwę cewki lub kombinacji cewek i liczbę elementów obrazujących

L.p.	Parametr	Wartość graniczna
	nomenklaturą producenta)	
4.6.	Zestaw dwóch cewek elastycznych, prostokątnych o dwóch różnych rozmiarach do zastosowań uniwersalnych takich jak badania stawu kolanowego, barku, nadgarstka, stawu skokowego stawu kolanowego, posiadające min 4 elementy obrazujące każda, umożliwiające akwizycje równoległe całego obiektu (ASSET, iPAT, SENSE, SPEEDER lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwy cewek, ich rozmiary i liczby elementów obrazujących
5.	Otoczenie pacjenta	
5.1.	Obciążenie stołu pacjenta (łącznie z ruchem pionowym)	≥ 250 kg; podać wartość
5.2.	Automatyczny przesuw stołu pacjenta (inicjowany software'owo z protokołu podczas akwizycji danych) umożliwiający badanie dużych obszarów ciała przy użyciu cewek dłuższych niż max FoV i/lub kilku cewek jednocześnie	Tak
5.3.	Zintegrowany marker laserowy /światlny	Tak
5.4.	Dwukierunkowy interkom do komunikacji z pacjentem, zintegrowany z systemem audio	Tak
5.5.	System nadzoru z kamerą obserwacji pacjenta i monitorem podglądowym w sterowni	Tak
5.6.	Oświetlenie w tunelu pacjenta o stałym lub regulowanym natężeniu	Tak
5.7.	Nawiew powietrza w tunelu pacjenta o stałej lub regulowanej sile	Tak
5.8.	System monitorowania sygnałów fizjologicznych pacjenta (EKG, oddech i puls) dla wypracowywania sygnałów synchronizujących, wyposażony w bezprzewodową transmisję sygnału	Tak
5.9.	Sygnalizacja dodatkowa (np. przycisk gruszka)	Tak
5.10.	Lusterko dla pacjenta do zastosowania w cewce głowowej	Tak
6.	Aplikacje kliniczne	
6.1.	Badania neurologiczne	
6.1.1.	Rutynowe badania neurologiczne	Tak
6.1.2.	Automatyczne pozycjonowanie i ułożenie warstw czołowych, strzałkowych i osiowych skanu lokalizującego głowy na podstawie jej cech anatomicznych, funkcjonujące niezależnie od wieku pacjenta, ułożenia głowy i ewentualnych zmian patologicznych	Tak; podać nazwę
6.1.3.	Dedykowane oprogramowanie umożliwiające zautomatyzowane przeprowadzanie badań mózgu w sposób nadzorowany przez skaner, to jest taki, w którym kontrolę nad postępowaniem operatora, na każdym etapie badania nadzoruje oprogramowanie, w oparciu o wybraną	Tak / nie; jeżeli tak – podać nazwę

L.p.	Parametr	Wartość graniczna
	przez operatora strategię postępowania z danym pacjentem (Brain Dot Engine lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	
6.1.4.	Techniki redukcji artefaktów ruchowych w badaniach głowy ważonych T ₂ , T ₁ i FLAIR (BLADE, Propeller 3.0 lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę
6.1.5.	Specjalistyczna sekwencja obrazująca o zredukowanym poziomie hałasu akustycznego do wartości poniżej 65 dB(A) stosowana w obrazowaniu 3D głowy typu T ₁ (Silenz, PETRA lub odpowiednio do nomenklatury producenta). Sekwencja nie wymagająca ograniczeń pracy systemu gradientowego ani stosowania dedykowanego oprzyrządowania, np. specjalistycznych cewek	Tak; podać nazwę
6.1.6.	Pakiet specjalistycznych sekwencji obrazujących o zredukowanym poziomie hałasu akustycznego do wartości poniżej 80 dB(A) w obrazowaniu 2D/3D głowy co najmniej typu T ₁ i T ₂ (Silent Scan, QuietSuite, QuietX lub odpowiednio do nomenklatury producenta). Pakiet nie wymagający ograniczeń pracy systemu gradientowego ani stosowania dedykowanego oprzyrządowania, np. specjalistycznych cewek	Tak; podać nazwę
6.2.	Obrazowanie ważne dyfuzją (DWI)	
6.2.1.	DWI w oparciu o sekwencje typu single-shot EPI	Tak
6.2.2.	DWI z wysoką rozdzielczością, w oparciu o sekwencje typu non-single-shot (PSIF-Diffusion, High-Resolution Diffusion, Propeller lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę
6.2.3.	Max wartość b w DWI	≥ 10 000 s/mm ² ; podać wartość
6.2.4.	Liczenie map ADC	Tak
6.2.5.	Automatyczne generowanie map TRACE i map ADC (Inline Diffusion lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę
6.2.6.	Techniki redukcji artefaktów powstających na styku tkanki miękkiej i powietrza (tzw. susceptibility artifacts) w badaniach DWI głowy	Tak; podać nazwę
6.3.	Obrazowanie tensora dyfuzji (DTI)	
6.3.1.	DWI w oparciu o sekwencje typu single-shot EPI	Tak
6.3.2.	DTI w oparciu o Single Shot EPI	Tak, podać nazwę
6.3.3.	Pomiary DTI z różnymi kierunkami	≥ 250 kierunków, Tak, podać wartość

L.p.	Parametr	Wartość graniczna
6.3.4.	Traktografia tensora dyfuzji	Tak, podać nazwę
6.4.	Obrazowanie ważone perfuzją (PWI)	
6.4.1.	PWI w oparciu o single-shot EPI	Tak
6.4.2.	Mapy TTP (Time-to-Peak) przy badaniach PWI	Tak
6.4.3.	Automatyczne generowanie map PWI typu GBP, PBP i TTP (Inline Perfusion lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę
6.4.4.	PWI bezkontrastowa metodą oznaczania spinów tętnicznych ASL 3D	Tak; podać nazwę
6.5.	Obrazowanie ważone podatnością (SWI)	
6.5.1.	Obrazowanie ważone podatnością magnetyczną tkanki (Susceptibility Weighted Imaging, SWI, SWAN lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę
6.6.	Badania funkcjonalne (fMRI)	
6.6.1.	Badania fMRI mózgu metodą rejestracji różnic poziomu sygnału przy napływie krwi utlenowanej (BOLD)	Tak; podać nazwę
6.6.2.	Nawigator 2D/3D retrospektywny dla badań fMRI mózgu	Tak; podać nazwę
6.6.3.	Nawigator 3D prospektywny dla badań fMRI mózgu dokonujący automatycznej korekcji artefaktów ruchowych w czasie rzeczywistym w sześciu stopniach swobody – 3x translacje i 3x rotacje (3D PACE lub odpowiednio do nomenklatury producenta)	Tak; podać nazwę
6.6.4.	Tworzenie map aktywacji (t-test) w czasie rzeczywistym (Inline BOLD, BrainWave Real Time lub odpowiednio do nomenklatury producenta).	Tak; podać nazwę
6.7.	Angiografia MR (MRA)	
6.7.1.	Time-of-Flight MRA	Tak
6.7.2.	Phase Contrast MRA	Tak
6.7.3.	Contrast-enhanced MRA (ceMRA)	Tak
6.7.4.	Bolus Timing (Bolus Trak, Care Bolus, SmartPrep lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę
6.7.5.	Dynamiczne 3D ceMRA	Tak
6.8.	Spektroskopia protonowa:	
6.8.1.	Single Voxel Spectroscopy (SVS)	Tak, podać nazwę
6.8.2.	2D Chemical Shift Imaging (2D CSI)	Tak, podać nazwę
6.8.3.	3D Chemical Shift Imaging (3D CSI)	Tak, podać nazwę
6.9.	Badania kardiologiczne (CMR)	

L.p.	Parametr	Wartość graniczna
6.9.1.	Podstawowe protokoły do obrazowania morfologii serca w badaniach CMR, w tym akwizycja z tłumieniem sygnału krwi (Dark Blood Imaging) i obrazowanie funkcji serca w z opcją dynamiczną i prezentacją w formie CINE	Tak
6.10.	Badania w obszarze abdominalnym	
6.10.1.	Podstawowe protokoły do dynamicznego obrazowania wątroby	Tak
6.10.2.	Cholangiografia	Tak
6.10.3.	Dedykowane protokoły pomiarowe i sekwencje umożliwiające wykonywanie badań dyfuzyjnych w obszarze body (DWIBS, REVEAL, Body Diffusion lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę
6.10.4.	Nawigator 2D prospektywny dla badań w obszarze abdominalnym (detekcja i korekcja artefaktów ruchowych w dwóch kierunkach jednocześnie – tj. w płaszczyźnie obrazu) – 2D PACE lub odpowiednio do nomenklatury producenta	Tak; podać nazwę
6.11.	Badania ortopedyczne	
6.11.1.	Podstawowe protokoły do obrazowania stawów	Tak
6.12.	Obrazowanie równoległe	
6.12.1.	Obrazowanie równoległe realizowane w oparciu o algorytmy rekonstrukcji obrazów (SENSE, mSENSE)	Tak; podać nazwę
6.12.2.	Obrazowanie równoległe realizowane w oparciu o algorytmy rekonstrukcji przestrzeni K (GRAPPA, GEM, ARC)	Tak; podać nazwę
6.12.3.	Technika autokalibracji dla algorytmów SENSE, niewymagająca wykonywania oddzielnego pomiaru – skanu, w procesie kalibracji czułości cewek	Tak
6.12.4.	Maksymalny współczynnik przyspieszenia dla obrazowania równoległego w jednym kierunku lub w dwóch kierunkach jednocześnie	≥ 8 ; podać wartość
6.13.	Techniki spektralnej saturacji/pobudzenia	
6.13.1.	Częstotliwościowo selektywna saturacja tłuszczu	Tak
6.13.2.	Częstotliwościowo selektywna saturacja wody	Tak
6.13.3.	Częstotliwościowo selektywne pobudzenie tłuszczu	Tak
6.13.4.	Częstotliwościowo selektywne pobudzenie wody	Tak
7.	Sekwencje obrazujące	
7.1.	Spin Echo (SE)	Tak
7.2.	Inversion Recovery (IR)	Tak
7.3.	Gradient Echo / Fast Field Echo (GRE / FFE)	Tak; podać nazwę

L.p.	Parametr	Wartość graniczna
7.3.1.	2D i 3D SPGR, FLASH, T ₁ -FFE lub odpowiednik	Tak; podać nazwę
7.3.2.	2D i 3D GRASS, FISP, FFE lub odpowiednik	Tak; podać nazwę
7.3.3.	2D i 3D Fast GRE / FFE z impulsami preparacyjnymi (TurboFLASH, MPGRASS, TFE lub odpowiednio do nomenklatury producenta)	Tak; podać nazwę
7.3.4.	Szybkie 3D GRE / FFE z „quick fat saturation” (tj. tylko jeden impuls saturacji tłuszczu na cykl kodowania 3D) dla wysokorozdzielczego obrazowania 3D w obszarze brzucha przy zatrzymanym oddechu (VIBE, LAVA, THRIVE lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę
7.3.5.	2D i 3D GRE / FFE z RF-rephasing (PSIF, SSFP, T ₂ -FFE lub odpowiednio do nomenklatury producenta)	Tak; podać nazwę
7.3.6.	2D i 3D GRE / FFE z full transverse rephasing (TrueFISP, Balanced FFE, FIESTA lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę
7.3.7.	2D i 3D GRE / FFE z full transverse rephasing w kombinacji ze spektralną saturacją tłuszczu (TrueFISP with Fat Saturation, 3D FatSat FIESTA lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę
7.4.	Turbo Spin Echo / Fast Spin Echo (TSE / FSE)	Tak; podać nazwę
7.4.1.	Multi-Shot TSE / FSE	Tak
7.4.2.	Single-Shot TSE / FSE	Tak; podać nazwę
7.4.3.	Turbo IR	Tak
7.5.	Sekwencje 3D Constructive Interferencje in Steady State (FIESTA-C, CISS lub odpowiednio do nomenklatury producenta)	Tak; podać nazwę
7.6.	Izotropowe sekwencje 3D pozwalające w postprocessingu 3D na uzyskanie rekonstrukcji dowolnej płaszczyzny bez straty jakości (Vista, SPACE, CUBE lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę
7.7.	Pakiet oprogramowania pozwalający na uzyskanie podczas jednej akwizycji obrazów typu in-phase, out-of-phase, water-only, fat-only (DIXON, IDEAL lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	Tak; podać nazwę
8.	Parametry obrazowania i parametry sekwencji	
8.1.	Min FoV	≤ 0,5 cm; podać wartość
8.2.	Max FoV	≥ 50 x 50 x 45 cm (X, Y, Z); podać wartości
8.3.	Matryca akwizycyjna 1024 x 1024, bez interpolacji	Tak
8.4.	Min. grubość warstwy (skany 2D)	≤ 0,1 mm; podać wartość

L.p.	Parametr	Wartość graniczna
8.5.	Min. grubość warstwy (skany 3D)	$\leq 0,05$ mm; podać wartość
8.6.	Max współczynnik przyspieszenia dla sekwencji Turbo Spin Echo/Fast Spin Echo (TSE, FSE)	≥ 256 ; podać wartość
8.7.	Max współczynnik dla sekwencji EPI	≥ 256 ; podać wartość
9.	Konsola sterująca	
9.1.	Komputer sterujący	
9.1.1.	Pojemność dysku HDD	≥ 100 GB; podać wartość
9.1.2.	Archiwizacja obrazów na CD-R i DVD z dogrywaniem DICOM'owego viewer'a umożliwiającego odtwarzanie obrazów na PC	Tak
9.2.	Komputer obrazowy	
9.2.1.	Matryca rekonstrukcyjna	1024 x 1024
9.2.2.	Szybkość rekonstrukcji dla obrazów w matrycy 256 x 256 przy pełnym FoV	$\geq 30\,000$ obrazów/s; podać wartość
9.2.3.	Równoczesne skany i rekonstrukcja	Tak
9.3.	Monitor / monitory	
9.3.1.	Monitor / monitory w technologii LCD/TFT	Tak
9.3.2.	Przekątna monitora	≥ 18 "; podać wartość
9.3.3.	Matryca monitora	$\geq 1280 \times 1024$; podać wartość
9.4.	Oprogramowanie kliniczne	
9.4.1.	Wykresy time-intensity dla badań dynamicznych z kontrastem	Tak
9.4.2.	Podstawowy pakiet oceny badań 2D MR	Tak
9.4.3.	Rekonstrukcje 3D typu MPR (Multi Planar Reconstruction)	Tak
9.4.4.	Rekonstrukcje 3D typu MIP (Maximum Intensity Projection)	Tak
9.4.5.	Rekonstrukcje 3D typu MinIP (Minimum Intensity Projection)	Tak
9.4.6.	Filtr obrazów	Tak
9.4.7.	Analiza wyników spektroskopii protonowej SVS, 2D CSI i 3D CSI	Tak; podać nazwę
9.4.8.	Nakładanie map aktywacji mózgu z badań fMRI na obrazy morfologiczne 2D w czasie rzeczywistym w trakcie zbierania danych.	Tak; podać nazwę
9.4.9.	Nakładanie map aktywacji mózgu z badań fMRI na rekonstrukcje morfologiczne 3D w czasie rzeczywistym w trakcie zbierania danych.	Tak; podać nazwę
9.4.10.	Oprogramowanie do łączenia poszczególnych obrazów z badań obszarów większych niż FoV w jeden obraz funkcjonujące w sposób całkowicie automatyczny, tj. bez	Tak; podać nazwę

L.p.	Parametr	Wartość graniczna
	konieczności ingerencji operatora po wykonaniu badania takiego obszaru (Inline composing lub zgodnie z nomenklaturą producenta)	
9.5.	Praca w sieci	
9.5.1.	DICOM 3.0 – SEND/RECEIVE	Tak
9.5.2.	DICOM 3.0 – QUERY/RETRIEVE	Tak
9.5.3.	DICOM 3.0 – DICOM PRINT	Tak
9.5.4.	DICOM 3.0 – Storage Commitment	Tak
9.5.5.	DICOM 3.0 – Modality worklist	Tak
9.5.6.	DICOM 3.0 – MPPS	Tak
10.	Lekarskie stanowisko diagnostyczne nr 1	
10.1.	Komputer sterujący	
10.1.1.	RAM	≥ 8 GB, podać
10.1.2.	Pojemność HDD	≥ 250 GB, podać
10.1.3.	Napęd DVD RW	Tak
10.1.4.	Monitor w technologii LCD/TFT	Tak
10.1.5.	Przekątna monitora	≥ 18"; podać wartość
10.1.6.	Matryca monitora	≥ 1280 x 1024; podać wartość
10.1.7.	UPS	Tak
10.2.	Oprogramowanie kliniczne	
10.2.1.	Wykresy time-intensity dla badań dynamicznych z kontrastem	Tak
10.2.2.	Podstawowy pakiet oceny badań 2D MR	Tak
10.2.3.	Rekonstrukcje 3D typu MPR (Multi Planar Reconstruction)	Tak
10.2.4.	Rekonstrukcje 3D typu MIP (Maximum Intensity Projection)	Tak
10.2.5.	Rekonstrukcje 3D typu MinIP (Minimum Intensity Projection)	Tak
10.2.6.	Rekonstrukcje 3D typu VRT (Volume Rendering Technique)	
10.2.7.	Filtr obrazów	Tak
10.2.8.	Analiza wyników spektroskopii protonowej SVS, 2D CSI i 3D CSI	Tak; podać nazwę
10.2.9.	Analiza badań perfuzyjnych z kalkulacją i prezentacją barwną wskaźników MTT (Mean Transit Time), CBV (Cerebral Blood Volume) i CBF (Cerebral Blood Flow)	Tak; podać nazwę
10.2.10.	Oprogramowanie do analizy 2D i 3D tensora dyfuzji oraz wizualizacji 2D i 3D traktografii tensora dyfuzji	Tak; podać nazwę
10.2.11.	Nakładanie map aktywacji mózgu z badań fMRI na obrazy morfologiczne 2D i 3D	Tak; podać nazwę

L.p.	Parametr	Wartość graniczna
10.2.12.	Oprogramowanie do fuzji obrazów z tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, medycyny nuklearnej, PET i obrazów morfologicznych MR z obrazami dyfuzyjnymi MR	Tak; podać nazwę
10.3.	Praca w sieci – współpraca z systemem PACS/RIS	
10.3.1.	DICOM 3.0 – SEND/RECEIVE	Tak
10.3.2.	DICOM 3.0 – QUERY/RETRIEVE	Tak
10.3.3.	DICOM 3.0 – DICOM PRINT	Tak
10.3.4.	DICOM 3.0 – Storage Commitment	Tak
11.	Lekarskie stanowisko diagnostyczne nr 2	
11.1.	Komputer sterujący	
11.1.1.	RAM	≥ 8 GB, podać
11.1.2.	Pojemność HDD	≥ 250 GB, podać
11.1.3.	Napęd DVD RW	Tak
11.1.4.	Monitor w technologii LCD/TFT 2 szt	Tak
11.1.5.	Przekątna monitora	≥ 18"; podać wartość
11.1.6.	Matryca monitora	≥ 1280 x 1024; podać wartość
11.1.7.	UPS	Tak
11.2.	Oprogramowanie kliniczne	
11.2.1.	Oprogramowanie PERGAMON MED do zarządzania plikami DICOM	Tak
11.2.2.	Możliwość zainstalowania pakietu oprogramowania freeware fmrib do obliczania m.in. MTR	Tak
11.2.3.	Możliwość zainstalowania pakietu oprogramowania XINAPSE do specjalistycznej segmentacji neurologicznej	Tak
11.3.	Praca w sieci - współpraca z systemem PACS/RIS	
11.3.1.	DICOM 3.0 – SEND/RECEIVE	Tak
11.3.2.	DICOM 3.0 – QUERY/RETRIEVE	Tak
11.3.3.	DICOM 3.0 – DICOM PRINT	Tak
11.3.4.	DICOM 3.0 – Storage Commitment	Tak
12.	System PACS /RIS	
12.1.	Serwer archiwizacji PACS – 1 szt. 1 szt. Licencji DICOM (MRI) Wielkość wolumenu obrazowego dla badań 4TB z możliwością rozbudowy Konfiguracja bazy danych Serwera Archiwizacji PACS „online” Konfiguracja DICOM Modality Worklist	Tak
12.2.	System klasy RIS – 2 licencje dla użytkowników Instalacja i konfiguracja modułu terminarza, rejestracji, opisownia. Moduł generowania płyt dla pacjentów	Tak

L.p.	Parametr	Wartość graniczna
12.3.	Integracja z infrastrukturą informatyczną Podłączenie do archiwum PACS urządzeń w standardzie DICOM 3.0	Tak
13.	Wyposażenie pracowni	
13.1.	Niemagnetyczna leżanka do transportu pacjentów w pozycji leżącej	Tak
13.2.	Niemagnetyczny wózek inwalidzki do transportu pacjentów w pozycji siedzącej	Tak
13.3.	Detektor implantów metalowych ręczny	Tak
13.4.	Gaśnica niemagnetyczna, pełna	Tak
13.5.	Zestaw fantomów do kalibracji system	Tak
13.6.	Dwugłowicowa strzykawka automatyczna pracująca w środowisku 3T MR	Tak; podać model
13.7.	Klatka Faradaya wyposażona w min 1 okno i 1 drzwi, przepusty kablowe z filtrami, wykładzinę antystatyczną, kanały kablowe, sufitowe i ściennie, wraz z dostawą i montażem Klatka musi zawierać elementy oświetleniowe i elementy wykończenia architektonicznego ścian wewnętrznych, podłogi i sufitu. Klatka musi być wyposażona w filtry wentylacyjne nawiewne i wywiewne z izolowanymi połączeniami do kanałów klimatyzacji o różnych przekrojach, umożliwiające podłączenie do systemu klimatyzacji budynku.	Tak
13.8.	Agregat wody lodowej do chłodzenia całego systemu rezonansu magnetycznego.	Tak
14.	Wymagania uzupełniające	
14.1.	Przewidywany termin dostawy aparatu MR i klatki RF – pierwsza połowa sierpnia 2015 r. Dostawa do pomieszczeń przygotowanych przez Zamawiającego według wytycznych producenta. Termin dostawy aparatu MR i klatki RF zostanie uzgodniony z Zamawiającym w zależności od faktycznego postępu prac budowlanych w celu uniknięcia konieczności magazynowania dostarczonego aparatu.	Tak
14.2.	Montaż i uruchomienie urządzeń objętych ofertą w terminie do 4 tygodni od daty dostawy.	Tak, w cenie oferty
14.3.	Przed przekazaniem uruchomionego systemu Zamawiającemu uzupełnienie helu w magnesie do optymalnego poziomu eksploatacyjnego zalecanego przez producenta	Tak, w cenie oferty
14.4.	Szkolenia aplikacyjne w siedzibie Zamawiającego, min 150 godzin – sukcesywnie po podpisaniu protokołu przekazania uruchomionego sprzętu	Tak, w cenie oferty
14.5.	Instrukcje obsługi w języku polskim przy dostawie systemu	Tak, w cenie oferty
14.6.	Okres gwarancji \geq 36 miesięcy (licząc od daty podpisania przez strony protokołu odbioru aparatu)	Tak; podać
14.7.	Każdy dzień przestoju aparatury z powodu awarii	Tak

L.p.	Parametr	Wartość graniczna
	automatycznie wydłuża okres gwarancji o czas przestoju	
14.8.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 godz./dobę przez 365 dni w roku	Tak
14.9.	Czas podjęcia działań serwisowych od momentu zgłoszenia awarii w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym - na warunkach umownych (dni robocze rozumiane od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy)	≤ 24 godz.
14.10.	Min. 10 letni okres (liczony od daty zakupu) zagwarantowania dostępności części zamiennych lub ich odpowiedników oraz materiałów zużywalnych; min. 5 lat w przypadku infrastruktury IT	Tak
14.11.	Przeglądy okresowe zalecone przez producenta i naprawy w okresie gwarancyjnym dokonywane przez autoryzowany serwis - wliczone w cenę aparatu. Wykonawca pokrywa wszelkie koszty związane z przeglądami oraz naprawami gwarancyjnymi tj. koszty dojazdów, robocizny oraz części i elementów zamiennych	Tak

Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego z dn. 22.06.2015 r.

.....

(Miejscowość, data)

FORMULARZ OFERTOWY

W imieniu Firmy:

.....

.....

oznaczenie wykonawcy/nazwa siedziba i adres, ewentualnie czytelna pieczęćka/

oświadczam (-y), iż usługa opisana w zapytaniu ofertowym z dnia/...../..... wykonam(-y) na warunkach zgodnych z treścią przedmiotowego zapytania przy zastosowaniu przedstawionych poniżej warunków cenowych:

Lp.	Nazwa	Oferta
1.	Łączny koszt usługi leasingu – cena brutto określona w PLN	

Termin związania ofertą 30 dni.

Załączniki:

- oświadczenie Wykonawcy o braku powiązań kapitałowych lub osobowych z Zamawiającym (załącznik 3).
- oświadczenie o spełnieniu wymagań związanych z realizacją zlecenia (załącznik nr 4),
- wykaz wykonanych usług potwierdzający spełnianie warunku wiedzy i doświadczenia (załącznik nr 5)

Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego z dn. 22.06.2015 r.

.....

(Miejscowość, data)

Oświadczenie

Niniejszym oświadczamy, że jako Wykonawca nie jesteśmy powiązany z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związanych z

przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- posiadania co najmniej 10% udziałów lub akcji,
- pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....
Pieczęć firmowa i podpis osoby
upoważnionej do reprezentacji wykonawcy

Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego z dn. 22.06.2015 r.

.....
(Miejscowość, data)

Oświadczenie

Niniejszym oświadczamy, że:

1. posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności/świadczenia usługi obejmującej przedmiot zamówienia,
2. posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
3. znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej pozwalającej na wykonanie zamówienia.

.....
Pieczęć firmowa i podpis osoby
upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy

Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego z dn. 22.06.2015 r.

L.p.	Wartość brutto usługi w zł	Data wykonania zamówienia (miesiąc, rok)	Krótki opis usługi Opis ma potwierdzać spełnienie warunku udziału w postępowaniu określonego w pkt 4 b) zapytania ofertowego
1.	(min 1000 tys. zł brutto)		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Wykaz

9.			
10.			

wykonanych usług