|  |  |
| --- | --- |
| **Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”**  **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  **ul. Białowieska 74a**  **54-235 Wrocław** | tel. +48 71 350 17 80  fax: +48 71 350 17 81  e-mail: [sekretariat@neuropsychiatria.com](mailto:sekretariat@neuropsychiatria.com)  www.neuropsychiatria.com |

**Zapytanie ofertowe znak sprawy ZP/2/2022**

na „**Zakup i dostawa sprzętu IT dla Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu**

1. **Zamawiający**

Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Białowieska 74a

54-235 Wrocław

1. **Opis przedmiotu zamówienia**
2. Przedmiotem zamówienia jest zakup wraz z dostawą **Sprzętu IT** w podziale na zadnia**:**

**Zadanie 1: Zestawy komputerowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj asortymentu** | **Ilość (szt.)** |
| **Komputer** | **12** |
| **Monitor** | **12** |
| **Licencje Windows CAL 2022** | **15** |

**Zadanie 2: Urządzenia drukujące**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj asortymentu** | **Ilość (szt.)** |
| **Drukarka laserowa** | **1** |
| **Urządzenie laserowe wielofunkcyjne „małe”** | **1** |
| **Urządzenie laserowe wielofunkcyjne „duże”** | **1** |

**Zadanie 3: Urządzenia sieciowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj asortymentu** | **Ilość (szt.)** |
| **Switch 48portów PoE+ SFP+** | **1** |
| **Wkładki SFP+ 10Gb** | **2** |

1. Oferty można składać na poszczególne zadania
2. Maksymalna liczba części zamówienia, na które może zostać udzielone zamówienie jednemu Wykonawcy wynosi - 3

**3. Rodzaje i opis kryteriów**

Przy wyborze ofert Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

1 kryterium: cena – waga 100%.

Zamawiający wybierze ofertę z najniższą zaoferowaną ceną (jeśli cena oferty z najniższą ceną nie przekroczy kwoty, jaką Zamawiający przeznaczył na realizację zamówienia). Jeśli Wykonawca, którego oferta została wybrana będzie się uchylał od podpisania umowy - Zamawiający wybierze ofertę sklasyfikowaną jako następna według ceny (jeśli cena oferty kolejnej nie będzie wyższa niż kwota jaką Zamawiający przeznaczył na realizację zamówienia). W przypadku, gdy zostaną złożone dwie oferty o takiej samej a zarazem najniższej cenie, Wykonawcy, którzy złożyli te oferty zostaną poproszeni o złożenie ofert dodatkowych z ceną nie wyższą od zaoferowanej w ofercie podstawowej – do skutecznego rozstrzygnięcia postępowania.

**4. Zasady oceny za kryterium „Cena” – P(C).**

Punkty za kryterium „Cena"– **maksymalnie 100 pkt** – zostaną obliczone w następujący sposób:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pi (C)** = | C of, min | x 100 |
| C of, bad |

gdzie:

Pi(C) ilość punktów jakie otrzyma oferta "i" za kryterium „Cena”;

C of, min najniższa cena (łącznie z podatkiem VAT) spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert;

C of, bad cena oferty badanej (łącznie z podatkiem VAT).

**5. Termin i miejsce realizacji zamówienia**

**Termin realizacji zmówienia: max. 40 dni od dnia podpisania umowy.**

Miejsce dostawy i zainstalowania: Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED” Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Białowieska 74a, 54-235 Wrocław.

**6. Miejsce, sposób i termin składania ofert**

Oferty należy składać w formie elektronicznej na adres: [sekretariat@neuropsychiatria.com](mailto:sekretariat@neuropsychiatria.com)

Rozpatrywaniu będą podlegały oferty, które wpłyną na w/w adres do dnia 9.09r. do godz. 15.00

Oferta winna spełniać następujące wymagania:

1. Oferta powinna być podpisana przez osoby umocowane do składania oświadczeń woli   
   i zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.
2. Wypełniony i podpisany formularz ofertowy (wzór w załączeniu).

Z wybranym Wykonawcą zostanie podpisana umowa.

Zamawiający poprawi w ofertach oczywiste omyłki pisarskie, rachunkowe oraz inne omyłki, niepowodujące istotnych zmian w treści oferty.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość zakończenia postępowania bez wyboru oferty.

Osoba upoważniona do kontaktu z Wykonawcami:

Andrzej Karpicz tel. 691 555 287 email: andrzej.karpicz@neuropsychiatria.com

**Załączniki:**

**Załącznik nr 1. Formularz ofertowy – zadanie 1**

**Załącznik nr 2. Formularz ofertowy – zadanie 2**

**Załącznik nr 3. Formularz ofertowy – zadanie 3**

**Załącznik nr 4. Projekt umowy**

**Załącznik nr 5. Arkusz informacji technicznej – zadanie 1**

**Załącznik nr 6. Arkusz informacji technicznej – zadanie 2**

**Załącznik nr 7. Arkusz informacji technicznej – zadanie 3**

**Załącznik nr 1. Formularz ofertowy ZP/2/2022**

**Nazwa, adres, telefon/faks, adres mailowy**

**Wykonawcy:**

**........................................................**

**........................................................**

**........................................................**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **OFERTA** |

**„Zakup i dostawa sprzętu IT dla Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu”**

Cena mojej (naszej) oferty za realizację całości niniejszego zamówienia, wynosi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Ilość sz.** | **Cena netto** | **VAT** | **Cena brutto** |
| **1** | **Komputer** | **12** |  |  |  |
| **2** | **Monitor** | **12** |  |  |  |
| **3** | **Licencje Windows CAL 2022** | **15** |  |  |  |
| **RAZEM:** | | |  |  |  |

............................................................

data i podpis upoważnionego przedstawiciela

**Załącznik nr 2. Formularz ofertowy ZP/2/2022**

**Nazwa, adres, telefon/faks, adres mailowy**

**Wykonawcy:**

**........................................................**

**........................................................**

**........................................................**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **OFERTA** |

**„Zakup i dostawa sprzętu IT dla Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu”**

Cena mojej (naszej) oferty za realizację całości niniejszego zamówienia, wynosi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Ilość sz.** | **Cena netto** | **VAT** | **Cena brutto** |
| **1** | **Drukarka laserowa** | **1** |  |  |  |
| **2** | **Urządzenie wielofunkcyjne laserowe „małe”** | **1** |  |  |  |
| **3** | **Urządzenie wielofunkcyjne laserowe „duże”** | **1** |  |  |  |
| **RAZEM:** | | |  |  |  |

............................................................

data i podpis upoważnionego przedstawiciela

**Załącznik nr 3. Formularz ofertowy ZP/2/2022**

**Nazwa, adres, telefon/faks, adres mailowy**

**Wykonawcy:**

**........................................................**

**........................................................**

**........................................................**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **OFERTA** |

**„Zakup i dostawa sprzętu IT dla Centrum Neuropsychiatrii NEUROMED SP ZOZ we Wrocławiu”**

Cena mojej (naszej) oferty za realizację całości niniejszego zamówienia, wynosi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Ilość sz.** | **Cena netto** | **VAT** | **Cena brutto** |
| **7** | **Switch 48portów PoE+ SFP+** | **1** |  |  |  |
| **8** | **Wkładki SFP 1Gb** | **2** |  |  |  |
| **RAZEM:** | | |  |  |  |

............................................................

data i podpis upoważnionego przedstawiciela

**Załącznik nr 5**

**(składany wraz z ofertą)**

**Arkusz informacji technicznej**

1. Komputer stacjonarny – 12 sztuk

2. Monitor – 12 sztuk

3. Licencje dostępowe CLA na urządzenie - Windows Server 2022 - 15 szt.

**ZESTAWIENIE OFEROWANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Przedmiot zamówienia – Komputer 12 sztuk**

**Nazwa własna ………………………………........................……………………….............................**

**Oferowany model ………………………………........................…………………………………………...**

**Producent …………………………………………………………………………........................………….…**

**Kraj pochodzenia …………………………………………………………………........................…………...**

**Rok produkcji ……………………………………………………………………........................……………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis | Wymagane parametry | Oferowane rozwiązanie wraz z opisem oferowanych parametrów |
|  | **Produkt fabrycznie nowy** | **tak** |  |
|  | Typ | Komputer stacjonarny |  |
|  | Procesor | Intel® Core™ i5-10400 lub szybszy |  |
|  | System operacyjny | System 64-bitowy, w wersji polskiej, kompatybilny z technologią Active Directory, umożliwiający uruchomienie aplikacji klienckich systemu medycznego MMedica.  System Microsoft Windows 10/11 PRO PL |  |
|  | Pamięć operacyjna | 8 GB (1 x 8 GB, DDR4, UDIMM, 2666 MHz, non-ECC) lub szybsza z możliwością rozbudowy do min. 16GB |  |
|  | Pamięć masowa | 256 GB (SSD, PCIe, NVMe, M.2) |  |
|  | Grafika | Grafika zintegrowana z procesorem powinna umożliwiać pracę dwumonitorową |  |
|  | Wyposażenie multimedialne | * Karta dźwiękowa zintegrowana z płytą główną, zgodna z High Definition * Napęd DVD+/-RW * Czytnik kat SD Card Reader * Bluetooth 4.2 |  |
|  | Certyfikaty | * Certyfikat EnergyStar 5.0 lub równoważny * Deklaracja zgodności oferowanego sprzętu z wymaganiami zasadniczymi (Deklaracja CE) * Możliwość nieodpłatnej aktualizacji i pobrania sterowników do oferowanego modelu komputera w najnowszych certyfikowanych wersjach przy użyciu dedykowanego darmowego oprogramowania producenta lub bezpośrednio z sieci Internet za pośrednictwem strony www producenta komputera po podaniu numeru seryjnego komputera. |  |
|  | Bezpieczeństwo | BIOS musi posiadać następujące cechy:   * Możliwość uruchamiania systemu operacyjnego z dysku twardego komputera lub innych podłączonych do niego urządzeń zewnętrznych * Funkcja blokowania wejścia do BIOS oraz blokowania startu systemu operacyjnego (gwarantujący utrzymanie zapisanego hasła nawet w przypadku odłączenia wszystkich źródeł zasilania i podtrzymania BIOS) * Funkcja blokowania/odblokowania BOOT-owania stacji roboczej z zewnętrznych urządzeń * Możliwość ustawienia portów USB w trybie „no BOOT”, czyli podczas startu komputer nie wykrywa urządzeń bootujących typu USB, natomiast po uruchomieniu systemu operacyjnego porty USB są aktywne. * Możliwość wyłączania portów USB. |  |
|  | Ergonomia | * Głośność jednostki centralnej mierzona zgodnie z normą ISO 7779 oraz wykazana zgodnie z normą ISO 9296 w pozycji obserwatora w trybie jałowym (IDLE) wynosząca maksymalnie 20 dB |  |
|  | Obudowa | * Obudowa typu Slim (Small Form Factory) * Zasilacz o mocy dobranej do konfiguracji komputera z zapasem min 25%pracujący w sieci 230V 50/60Hz prądu zmiennego i efektywności min. 80%, przy 50% obciążeniu. |  |
|  | Warunki gwarancji | Minimum 36 miesięcy w trybie Next Business Day |  |
|  | Wsparcie techniczne | Możliwość weryfikacji telefonicznie lub Online:   1. weryfikację konfiguracji fabrycznej wraz z wersją fabrycznie dostarczonego oprogramowania (system operacyjny, szczegółowa konfiguracja sprzętowa - CPU, dysk, pamięć) 2. czasu obowiązywania i typ udzielonej gwarancji |  |
|  | Wymagania dodatkowe | * 1. Wbudowane porty i złącza: * Min. 1 szt. DispalyPort 1.4 lub VGA * Min. 1 szt. HDMI 1.4 * Min. 1 szt. RJ-45 * Min. 1 szt. wyjście słuchawkowe i mikrofonowe (dopuszczalne combo) * Min. 1 szt. wyjście liniowe * Min. 6 szt USB wyprowadzonych na zewnątrz w tym: min. 4 porty z przodu obudowy (2xUSB-A 3.2, 2x USB-A 2.0), min. 4 porty z tyłu obudowy (w tym min. 2 porty USB 3.2, 2 porty USB 2.0). Wymagana ilość i rozmieszczenie (na zewnątrz obudowy komputera) portów USB nie może być osiągnięta w wyniku stosowania konwerterów, przejściówek itp.   1. Karta sieciowa 1Gb Ethernet RJ 45, zintegrowana z płytą główną, wspierająca obsługę WoL.   2. Karta WiFi w standardzie 802.11 ac   3. Płyta główna z wbudowanymi: * Min. 2 złącza DIMM z obsługą do min. 64GB pamięci RAM.   1. TPM 2.0   2. Klawiatura USB w układzie QWERTY US   3. Mysz laserowa lub optyczna USB z trzema klawiszami oraz rolką (scroll) min. 1000dpi |  |

Data:…………………….

Podpis osoby / osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

.......................................

( pieczątka imienna)

**Przedmiot zamówienia – Monitor 12 szt.**

**Nazwa własna ………………………………………………………….......................………………….........**

**Oferowany model …………………………………………………………........................…………………..**

**Producent …………………………………………………………………………........................……………..**

**Kraj pochodzenia …………………………………………………………………........................…………...**

**Rok produkcji ……………………………………………………………………........................……………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis | Wymagane parametry | Oferowane rozwiązanie wraz z opisem oferowanych parametrów |
|  | **Produkt fabrycznie nowy** | **TAK** |  |
|  | **Typ ekranu** | Panoramiczny, ciekłokrystaliczny z matrycą IPS, podświetlanie LED, przekątna ekranu minimum 23,8 cala, maksimum 24 cale. Proporcja 16:9. Powłoka matowa. |  |
| 1. 1 | **Jasność** | min. 250 cd/m2 |  |
| 1. 2 | **Kontrast** | min. 1000:1 (statyczny) |  |
| 1. 4 | **Kąty widzenia** | min. 178° (pion i poziom) |  |
| 1. 5 | **Czas reakcji matrycy** | max 5ms |  |
|  | **Kolory** | min. 16.7mln |  |
|  | **Rozdzielczość** | 1920 x 1080 |  |
|  | **Częstotliwość odświeżania** | min. 60Hz |  |
|  | **Wielkość plamki** | Max 0,274mm |  |
|  | **Liczba piseli na cal** | Min 93 PPI |  |
|  | **Złącza** | Min. 1 szt. D-Sub  Min. 1 szt. HDMI 1.4  Min . 1 szt. DisplayPort 1.2  Min. 1 USB-B 3.0  Min 4x USB-A Gen 1 |  |
|  | **Pobór prądu** | 18 - 48 W – podczas pracy  Max 0.3 W – podczas spoczynku |  |
|  | **Pivot** | TAK |  |
|  | **Inne** | 1. Monitor musi posiadać usuwalną podstawę montażową; 2. Monitor musi posiadać regulację pochylenia oraz wysokości; 3. Regulacja cyfrowa OSD 4. Kabel cyfrowy łączący komputer z monitorem (zgody z wyjściem w zaproponowanym komputerze – Hdmi lub DisplayPort oraz wejściem w zaproponowanym monitorze - Hdmi lub DisplayPort) – minimum 1,5 metra |  |
| 1. 8 | **Normy i standardy** | Monitory muszą być wykonane zgodnie normami i posiadać Certyfikaty: ENERGY STAR,  EPEAT Gold,TCO Certified Displays,RoHS Compliant,BFR/PVC free |  |
|  | **Gwarancja** | Min. 36 miesięcy (Doot-To-Door) |  |

Podpis osoby / osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

......................................

*( pieczątka imienna)*

**ZESTAWIENIE WYMAGŃ**

**Przedmiot zamówienia – Licencje dostępowe CLA na urządzenie -Windows Server 2022 - 15 szt.**

**Nazwa własna ………………………………………………………........................………………….........**

**Producent ………………………………………………………………………….........................……………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis | Wymagane parametry | Oferowane rozwiązanie wraz z opisem oferowanych parametrów |
| 3.1 | Licencje dostępowe CAL na urządzenie Windows Serwer 2012 | **Microsoft Windows Server CAL 2022 (lub zgodny) na urządzenie** – w sumie 15 licencji; dopuszczone paczki po 5 lub 10. |  |

Podpis osoby / osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

......................................

*( pieczątka imienna)*

Na potwierdzenie powyższych deklaracji do oferty załączam:

1. ……………………………..

*(należy wymienić załączone dokumenty tj. np. Odpowiednie katalogi producenta (zawierające numery katalogowe oferowanych produktów) lub nazwy własne w braku katalogów, foldery, wyciągi z instrukcji lub materiały źródłowe producenta/oświadczenia producenta w czytelny i jasny sposób ( w języku polskim lub angielskim) potwierdzające spełnianie parametrów technicznych opisanych jako punktowane kryteria techniczne w OPZ. W przypadku folderu w języku obcym (innym niż angielski) do oferty należy dołączyć folder wraz z tłumaczeniem na język polski. Wykonawca winien zaznaczyć w katalogu, której pozycji opis dotyczy)*

Data:…………………….

Podpis osoby / osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

.......................................

**Załącznik nr 6(składany wraz z ofertą)**

**Arkusz informacji technicznej**

1. Drukarka – 1 sztuka

2. Urządzenie wielofunkcyjne „małe” – 1 sztuka

3. Urządzenie wielofunkcyjne „durze” – 1 sztuka

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Przedmiot zamówienia – Drukarka laserowa 1 szt**

**Nazwa własna ……………………………………………………........................………………….….........**

**Oferowany model ……………………………………………………........................…………………….....**

**Producent …………………………………………………………………………........................……..………**

**Kraj pochodzenia …………………………………………………………………........................…………...**

**Rok produkcji ……………………………………………………………………........................…………..….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis | Wymagane parametry | Oferowane rozwiązanie wraz z opisem oferowanych parametrów |
|  | **Produkt fabrycznie nowy** | **TAK** |  |
| **Drukowanie** | | | |
| 1.1 | Typ drukarki | Monochromatyczna |  |
| 1.2 | Szybkość drukowania | Min 38 str. A4/min |  |
| 1.3 | Rozdzielczość | 1200x1200 dpi |  |
| 1.4 | Czas wydruku pierwszej strony | Maks. 8,8 sekundy |  |
| 1.5 | Obciążenie | Minimum do 80000 stron / miesiąc |  |
| 1.6 | Pamięć wbudowana | Minimum 256MB |  |
| 1.7 | Marginesy | Dolny, górny – maks 5 mm, lewy, prawy maks 4 mm. |  |
| 1.8 | Szybkość procesora | min 1200Mhz |  |
| 1.9 | Poziom hałasu | Maks 54dB |  |
| 1.10 | Automatyczny wydruk dwustronny | TAK |  |
| **Interfejs i oprogramowanie** | | | |
| 1.11 | Złącza | Min 1 x USB 2.0  LAN – druk poprzez LAN |  |
| 1.12 | Kompatybilność z systemami operacyjnymi | Windows 10 / 11 |  |
| **Podawanie papieru** | | | |
| 1.13 | Podajniki papieru | Min. 2 – z możliwością sterowania wyboru z poziomu sterownika drukarki w zleżnosci od formatu papieru.  Możliwość dodania podajnika, tak aby obsługiwane były 3 różne formaty papieru (różny w każdym z podajników) |  |
| 1.14 | Format papieru | A4, A5, 1/3 formatu A4 - format recepty (**99mm x 210 mm**) |  |
| 1.15 | Gramatura papieru | Obsługiwana gramatura nośników od 60 do min 175 g/m˛ |  |
| 1.16 | Czas nagrzewania | **Brak zwłoki na nagrzewanie urządzenia** |  |
| 1.17 | Gwarancja | Min. 12 miesięcy |  |
| 1.18 | Wymaganie dodatkowe: | **Poprawny wydruk recept na formacie 99mm x 210 mm.** |  |

Podpis osoby / osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

.........................................

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Przedmiot zamówienia – Urządzenie wielofunkcyjne laserowe „małe” 1 szt**

**Nazwa własna ……………………………………………………........................………………….….........**

**Oferowany model ……………………………………………………........................…………………….....**

**Producent …………………………………………………………………………........................……..………**

**Kraj pochodzenia …………………………………………………………………........................…………...**

**Rok produkcji ……………………………………………………………………........................…………..….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis | Wymagane parametry | Oferowane rozwiązanie wraz z opisem oferowanych parametrów |
|  | **Produkt fabrycznie nowy** | **TAK** |  |
| **Drukowanie** | | | |
| 2.1 | Typ drukarki | Monochromatyczna druk / skan /kopia |  |
| 2.2 | Szybkość drukowania | Min 38 str. A4/min |  |
| 2.3 | Rozdzielczość | 1200x1200 dpi |  |
| 2.4 | Czas wydruku pierwszej strony | Maks. 8,8 sekundy |  |
| 2.5 | Obciążenie | Minimum do 80000 stron / miesiąc |  |
| 2.6 | Pamięć wbudowana | Minimum 512MB |  |
| 2.7 | Marginesy | Dolny, górny – maks 5 mm, lewy, prawy maks 4 mm. |  |
| 2.8 | Szybkość procesora | min 1200Mhz |  |
| 2.9 | Poziom hałasu | Maks 53dB |  |
| 2.10 | Automatyczny wydruk dwustronny | TAK |  |
| **Skanowanie** | | | |
| 2.11 | Technologia | CIS |  |
| 2.12 | Skanowanie w kolorze | TAK |  |
| 2.13 | Skanowanie dwustronne | TAK |  |
| 2.14 | Skanowanie do e-mail | TAK |  |
| 2.15 | Obsługa sterownika TWAIN | TAK wersja 2.3 |  |
| 2.16 | Optyczna rozdzielczość skanowania | Do 1200x1200dpi |  |
| 2.17 | Skala szarości | 256 poziomów |  |
| 2.18 | Skanowanie do formatu | PDF,JPG,TIFF |  |
| **Kopiowanie** | | | |
| 2.19 | Rozdzielczość | Minimum 600x600dpi |  |
| 2.20 | Szybkość kopiowania | Min 38 str. A4/min |  |
| 2.21 | Automatyczne kopiowanie dwustronne | TAK |  |
| 2.22 | Maksymalna liczba kopii | Minimum 999 |  |
| 2.23 | Zakres skalowania | Minimu 25% Maksimum 400% (lub więcej) |  |
| **Interfejs i oprogramowanie** | | | |
| 2.24 | Złącza | Min 1 x USB 2.0  LAN – druk poprzez LAN |  |
| 2.25 | Kompatybilność z systemami operacyjnymi | Windows 10 / 11 |  |
| **Podawanie papieru** | | | |
| 2.26 | Podajniki papieru | Min. 3 – z możliwością sterowania wyboru z poziomu sterownika drukarki w zależności od formatu papieru.  1 podajnik – format receptowy  2 podajnik – format A5  3 podajnik – format A4 |  |
| 2.27 | Format papieru | A4, A5, 1/3 formatu A4 - format recepty (**99mm x 210 mm**) |  |
| 2.28 | Gramatura papieru | Obsługiwana gramatura nośników od 60 do min 175 g/m˛ |  |
| 2.29 | Czas nagrzewania | **Brak zwłoki na nagrzewanie urządzenia** |  |
| 2.30 | Gwarancja | Min. 12 miesięcy |  |
| 2.31 | Wymaganie dodatkowe: | **Poprawny wydruk recept na formacie 99mm x 210 mm.** |  |
| **Fizyczne** | | | |
| 2.32 | Szerokość | 420 mm (maks. 430 mm |  |
| 2.33 | Głębokość | 390 mm (maks. 634 mm) |  |
| 2.34 | Zużycie energii | Średnio maks 510W |  |
| 2.35 | Panel sterowania | Panel dotykowy o przekątnej min. 2,7cala |  |
| 2.36 | Energy Star | TAK |  |

Podpis osoby / osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

.......................................

*( pieczątka imienna)*

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Przedmiot zamówienia – Urządzenie wielofunkcyjne laserowe „duże” 1 szt**

**Nazwa własna ……………………………………………………........................………………….….........**

**Oferowany model ……………………………………………………........................…………………….....**

**Producent …………………………………………………………………………........................……..………**

**Kraj pochodzenia …………………………………………………………………........................…………...**

**Rok produkcji ……………………………………………………………………........................…………..….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis | Wymagane parametry | Oferowane rozwiązanie wraz z opisem oferowanych parametrów |
|  | **Produkt fabrycznie nowy** | **TAK** |  |
| **Drukowanie** | | | |
| 3.1 | Typ drukarki | Monochromatyczna druk / skan /kopia |  |
| 3.2 | Szybkość drukowania | Min 46 str. A4/min |  |
| 3.3 | Rozdzielczość | 1200x1200 dpi |  |
| 3.4 | Czas wydruku pierwszej strony | Maks. 7,5 sekundy |  |
| 3.5 | Obciążenie | Minimum do 125000 stron / miesiąc |  |
| 3.6 | Pamięć wbudowana | Minimum 512MB |  |
| 3.7 | Szybkość procesora | min 800Mhz |  |
| 3.8 | Poziom hałasu | Maks 57dB |  |
| 3.9 | Automatyczny wydruk dwustronny | TAK |  |
| 3.10 | Wydajność tonera standardowego | Min 12000 stron A4 |  |
| **Skanowanie** | | | |
| 4.11 | Technologia | CIS (podwójny) |  |
| 4.12 | Skanowanie w kolorze | TAK |  |
| 4.13 | Skanowanie dwustronne | TAK |  |
| 4.14 | Skanowanie do e-mail | TAK |  |
| 4.15 | Obsługa sterownika TWAIN | TAK wersja 2.3 |  |
| 4.16 | Optyczna rozdzielczość skanowania | Do 1200x1200dpi |  |
| 4.17 | Skala szarości | 256 poziomów |  |
| 4.18 | Skanowanie do formatu | PDF,JPG,TIFF |  |
| **Kopiowanie** | | | |
| 4.19 | Rozdzielczość | Minimum 1200x1200dpi |  |
| 4.20 | Szybkość kopiowania | Min 46 str. A4/min |  |
| 4.21 | Automatyczne kopiowanie dwustronne | TAK |  |
| 4.22 | Maksymalna liczba kopii | Minimum 99 |  |
| 4.23 | Zakres skalowania | Minimu 25% Maksimum 400% (lub więcej) |  |
| **Interfejs i oprogramowanie** | | | |
| 4.24 | Złącza | Min 1 x USB 2.0  LAN – druk poprzez LAN |  |
| 4.25 | Kompatybilność z systemami operacyjnymi | Windows 10 / 11 |  |
| **Podawanie papieru** | | | |
| 4.26 | Podajniki papieru | Min. 2 – z możliwością sterowania wyboru z poziomu sterownika drukarki w zależności od formatu papieru. |  |
| 4.27 | Format papieru | A4, A5 |  |
| 4.28 | Gramatura papieru | Obsługiwana gramatura nośników od 60 do min 200 g/m˛ |  |
| 4.29 | Pojemność podajnika głównego | Minimu 520 arkuszy |  |
| 4.30 | Gwarancja | Min. 12 miesięcy |  |
| 4.31 | Podajnik ADF | **TAK** |  |
| **Fizyczne** | | | |
| 4.32 | Szerokość | 495mm |  |
| 4.33 | Głębokość | 427mm |  |
| 4.34 | Zużycie energii | Średnio maks 745W |  |
| 4.35 | Panel sterowania | Panel dotykowy o przekątnej min. 12cm |  |

Podpis osoby / osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

.......................................

*( pieczątka imienna)*

Na potwierdzenie powyższych deklaracji do oferty załączam:

1. ……………………………..

*(należy wymienić załączone dokumenty tj. np. Odpowiednie katalogi producenta (zawierające numery katalogowe oferowanych produktów) lub nazwy własne w braku katalogów, foldery, wyciągi z instrukcji lub materiały źródłowe producenta/oświadczenia producenta w czytelny i jasny sposób ( w języku polskim lub angielskim) potwierdzające spełnianie parametrów technicznych opisanych jako punktowane kryteria techniczne w OPZ. W przypadku folderu w języku obcym (innym niż angielski) do oferty należy dołączyć folder wraz z tłumaczeniem na język polski. Wykonawca winien zaznaczyć w katalogu, której pozycji opis dotyczy)*

Data:…………………….

Podpis osoby / osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

.......................................

**Załącznik nr 7(składany wraz z ofertą)**

**Arkusz informacji technicznej**

1. Switch 1Gb L2/L3 PoE+ 48portów, 4 SFP+– 1 sztuka

2. Wkładka SFP+ 10Gb – 2 sztuk

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Przedmiot zamówienia – Switch 1szt**

**Nazwa własna ……………………………………………………........................………………….….........**

**Oferowany model ……………………………………………………........................…………………….....**

**Producent …………………………………………………………………………........................……..………**

**Kraj pochodzenia …………………………………………………………………........................…………...**

**Rok produkcji ……………………………………………………………………........................…………..….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis | Wymagane parametry | Oferowane rozwiązanie wraz z opisem oferowanych parametrów |
|  | **Produkt fabrycznie nowy** | **TAK** |  |
| 1.1 | Architektura | GigabitEthernet L1/L2 |  |
| 1.2 | Liczba portów | Minimum 48 10/100/1000 Mbit/s RJ45  4 porty SFP+ |  |
| 1.3 | Port konsoli | TAK |  |
| 1.4 | Zarządzanie | Przez WWW, CLI |  |
| 1.5 | Warstwa przełączania | L2 lub L3 |  |
| 1.6 | PoE | 48 portów w standardach:  PoE 802.3af (PSE) do 15.4W  PoE+ 802.3at (PSE) do 30W |  |
| 1.7 | Rozmiar tablicy MAC | 16k |  |
| 1.8 | Liczba VLANs | Min 4094 |  |
| 1.9 | Funkcje dhCP | DHCP relay,DHCP server,DHCPv6 client |  |
| 1.10 | Ochrona | Filtrowanie adresów MAC, ACL, IGMP snooping, ochrona hasłem |  |
| 1.11 | Obsługa Multicast | Tak |  |
| 1.12 | Taktowawnie procesora | Mimn 800 MHz |  |
| 1.13 | Pamięć wewnętrzna | Min 512MB |  |
| 1.14 | Typ obudowy | Rack + uchwyty do montażu w szafie |  |
| 1.15 | Dodatkowe | Head-of-line (HOL) blocking  Link Aggregation  Spanning Tree  QoS |  |
| 1.16 | Zasilacz | wewnętrzny |  |
| 1.17 | Maksymalny pobór mocy | 472W |  |
| 1.18 | Gwarancja | Wieczysta |  |

Podpis osoby / osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

.......................................

*( pieczątka imienna)*

**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Przedmiot zamówienia – wkładka SFP+ 10Gb - 2szt**

**Nazwa własna ……………………………………………………........................………………….….........**

**Oferowany model ……………………………………………………........................…………………….....**

**Producent …………………………………………………………………………........................……..………**

**Kraj pochodzenia …………………………………………………………………........................…………...**

**Rok produkcji ……………………………………………………………………........................…………..….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis | Wymagane parametry | Oferowane rozwiązanie wraz z opisem oferowanych parametrów |
|  | **Produkt fabrycznie nowy** | **TAK** |  |
| 2.1 | Rodzaj | SFP+ |  |
| 2.2 | Szybkość | 10000 Mbit/s |  |
| 2.3 | Kompatybilność | SFP-10G-SR |  |
| 2.4 | Dodatkowe informacje | Wkładki musza być kompatybilne z oferowanym w ramach zadania switchem oraz z posiadanym przez Neuromed switchem Cisco SG500-52 |  |

Podpis osoby / osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

......................................

*( pieczątka imienna)*

Na potwierdzenie powyższych deklaracji do oferty załączam:

1. ……………………………..

*(należy wymienić załączone dokumenty tj. np. Odpowiednie katalogi producenta (zawierające numery katalogowe oferowanych produktów) lub nazwy własne w braku katalogów, foldery, wyciągi z instrukcji lub materiały źródłowe producenta/oświadczenia producenta w czytelny i jasny sposób ( w języku polskim lub angielskim) potwierdzające spełnianie parametrów technicznych opisanych jako punktowane kryteria techniczne w OPZ. W przypadku folderu w języku obcym (innym niż angielski) do oferty należy dołączyć folder wraz z tłumaczeniem na język polski. Wykonawca winien zaznaczyć w katalogu, której pozycji opis dotyczy)*

Data:…………………….

Podpis osoby / osób upoważnionych do reprezentacji Wykonawcy

.......................................