**Opis przedmiotu zamówienia**

Przedmiot zamówienia: **Dostawa wraz z wdrożeniem systemu archiwizacji i zasilania szpitalnej bazy danych EDM cyfrową wersją dokumentacji medycznej wytworzonej w postaci papierowej oraz skanerów.**

**Część 2**

**Tabela 1. Skaner dokumentowy – niezależny od komputera sieciowy skaner z automatycznym podajnikiem dokumentów**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedmiot** | **Cena jednostkowa netto [zł]** | **Kwota jednostkowa VAT (23%) [zł]** | **Cena jednostkowa brutto [zł]** | **Ilość****[szt.]** | **Cena całkowita brutto [zł]** | **Producent, model oraz parametry****(w tabeli uzupełnić tylko miejsca wykropkowane)** |
| *1* | *2* | *3* | *4=2+3* | *5* | *6=4x5* | *7* |
| **Skaner dokumentowy** | …………….. | ………. | …………... | **25** | ………………… | **Producent:………………………………………….****Model skanera:……………………………………****Dodatkowe wyposażenie (opcjonalnie):****………………………………………………………****………………………………………………………** |
| **Lp.** | **Parametr wymagany** | **Podzespół/Parametr oferowany** (*w tabeli uzupełnić tylko miejsca wykropkowane*) |
| 1 | 1. Skaner dokumentowy – wymagania:
	1. Wszystkie zaoferowane skanery dokumentów fabrycznie nowe i nieużywane,
	2. Niezależny od komputera skaner sieciowy,
	3. Automatyczny podajnik dokumentów,
	4. Pojemność podajnika dokumentów min. 50 arkuszy (przy 80 g/m²),
	5. Skanowanie dwustronne (2 strony w jednym przebiegu),
	6. Źródło światła elementu skanującego: LED,
	7. Czujnik ultradźwiękowy do wykrywania podwójnego pobrania,
	8. Obsługiwane formaty dokumentów min.: A4, A5, A6, B5, B6,
	9. Maksymalna wspierana przez skaner długość dokumentów: min. 80 cm,
	10. Obsługiwana gramatura dokumentów: min. do 200 g/m²,
	11. Dopuszczalne dzienne obiążenie min. 4000 arkuszy,
	12. Rozdzielczość optyczna skanera min. 600 dpi,
	13. Minimalna szybkość skanowania przy 200 dpi: 25 skanów (50 obrazów)/min,
	14. Tryb skanowania:
		1. Kolorowy,
		2. Skala szarości,
		3. Monochromatyczny,
	15. Ekran urządzenia:
		1. o przekątnej min. 8,4”,
		2. rozdzielczość min. 1024x768 pikseli,
		3. kolorowy,
		4. dotykowy,
		5. Interfejs użytkowania (język): min. j. polski i/lub j. angielski,
	16. Komunikacja min. LAN w standardzie Ethernet 10/100/1000 Mb/s,
	17. Protokoły sieciowe – min.: TCP/IP, DHCP, SMTP, SMB, LDAP, FTP,
	18. Skanowanie min. do:
		1. udziału sieciowego,
		2. adresu e-mail,
		3. na serwer faksu.
	19. Zapisywanie skanowanych dokumentów w formatach min.:
		1. PDF,
		2. PDF z możliwością przeszukiwania,
		3. PDF szyfrowany,
		4. JPG,
		5. TIFF,
	20. Funkcje dodatkowe (min.):
		1. Usuwanie pustych stron,
		2. Automatyczna orientacja dokumentu,
		3. Prostowanie obrazów,
		4. Automatyczne przycinanie,
	21. Zasilanie 230 V (dedykowany kabel zasilający/zasilacz (jeśli producent dostarcza)),
	22. Pobór energii elektrycznej max. 50 W,
	23. Wymiary maksymalne:
		1. szerokość 360 mm,
		2. głębokość 385 mm,
		3. wysokość 210 mm,
	24. Waga maksymalna 10,5 kg,
 | **Parametr wymagany***(nie wypełniać)***Zamawiający prosi o zaznaczenie w złożonych materiałach firmowych (w postaci****katalogów i/lub ulotek informacyjnych i/lub kart produktu i/lub kart****charakterystyki i/lub oświadczenie producenta) zapisów potwierdzających****spełnienie wymaganych parametrów z dopisaniem numeru tabeli oraz numerem****podpunktu z załącznika nr 1a do specyfikacji, który ten zapis potwierdza.** |
| 2 | 1. Gwarancja / wymagania dodatkowe:
	1. Gwarancja producenta min. 36 miesięcy,
	2. Czas reakcji serwisu do końca następnego dnia roboczego w godzinach od 8:00 do 15:00 i gwarantowana skuteczna naprawa od momentu zgłoszenia awarii =< 4 dni roboczych, w przypadku niemożliwości skutecznej naprawy w zaoferowanym czasie – dostarczony zostanie sprzęt zastępczy o parametrach nie gorszych (wszystkie koszty, w tym transportu, ubezpieczenia przesyłki pokrywa Wykonawca).
	3. skanery będą elementem systemu archiwizacji i zasilania szpitalnej bazy danych EDM cyfrową wersją dokumentacji medycznej wytworzonej w postaci papierowej i muszą współpracować z oprogramowaniem dostarczanym w Części 1 postępowania.
 | **Parametr oceniany****………………………………………miesięcy****(podać okres gwarancji – min. 36 miesięcy, max. 60 miesięcy)****Parametr oceniany****gwarantowana skuteczna naprawa od momentu zgłoszenia awarii****…………………………………………….. dni**(max. 4 dni – wpisać 1 lub 2 lub 3 lub 4) |
|  | 1. Certyfikaty
	1. Dokument/deklaracja poświadczający, że oferowany skaner dokumentowy jest produkowany zgodnie z normami CE (Conformité Européenne) - wydruk/skan należy złożyć zgodnie z zapisami specyfikacji
 | **Parametr wymagany****(nie wypełniać)** |
| 3 | 1. ~~Próbka zaoferowanego towaru:~~
	1. ~~Zamawiający wymaga dostarczenia jednego egzemplarza testowego zaoferowanego urządzenia (skaner dokumentowy) w Tabeli 1,~~
	2. ~~Przeprowadzone testy będą miały na celu potwierdzenie, że zaoferowane urządzenie odpowiada wymaganiom określonym przez Zamawiającego w Tabeli 1.~~
	3. ~~Koszty związanie z dostawą oraz ewentualnym zwrotem egzemplarza testowego oferowanego sprzętu ponosi Wykonawca.~~
	4. ~~Wraz ze sprzętem do testów powinien zostać dostarczony dokładny spis elementów składowych zestawu. Spis ten stanowić będzie jednocześnie protokół przekazania.~~
 | **~~Parametr wymagany~~****~~(nie wypełniać)~~** |