**Podrobný opis predmetu kúpy**

**Predmet kúpy:** **Súbor fixačných pomôcok pre 2ks lineárnych urýchľovačov, 1ks CT simulátora, 1ks CT zariadenie, 1ks MR zariadenie vrátane súvisiacich služieb,** ktoré budú určené pre potreby Onkologickej kliniky SZU FNsP F.D. Roosevelta Banská Bystrica. Fixačné pomôcky sú potrebné na plnohodnotnú prácu s novým prístrojovým vybavením - Lineárny urýchľovač TrueBeam a VitalBeam + nový CT simulátor a tiež sú určené na prácu na MR zariadení a CT zariadení.

**Časť č.2:** Súborfixačných pomôcok pre 2ks lineárnych urýchľovačov, 1ks CT simulátora, 1ks CT zariadenie, 1ks MR zariadenie vrátane súvisiacich služieb - určené pre fixáciu končatín

Predmet kúpy musí byť *NOVÝ, NEPOUŽÍVANÝ, NEREPASOVANÝ s MINIMÁLNYMI TECHNICKO-MEDICÍNSKYMI a FUNKČNÝMI PARAMETRAMI* uvedenými kupujúcim..

Súčasťou predmetu kúpy je:

* dodávka predmetu kúpy na miesto určenia,
* funkčná skúška,
* protokolárne prevzatie a odovzdanie predmetu kúpy,
* odovzdanie dokumentácie,
* zaškolenie obsluhy,
* záručná doba minimálne 24 mesiacov

Uchádzač garantuje funkčnosť predmetu kúpy tým, že dodá a necení všetky komponenty (príslušenstvo), ktoré sú súčasťou predmetu kúpy vrátane tých, ktoré nie sú špecifikované v podrobnom opise predmetu kúpy a ktoré priamo či nepriamo súvisia s účelom a funkčnosťou predmetu kúpy.

**Súbor fixačných pomôcok musí byť kompatibilný s nasledujúcimi zariadeniami:**

**Lineárny urýchľovač TrueBeam (Varian Medical Systems)**

**Lineárny urýchľovač VitalBeam (Varian Medical Systems)**

**CT simulátor SOMATOM Confidence 20RT (Siemens)**

**CT zariadenie LightSpeed VCT (GE Healthcare)**

**MR zariadenie 1,5T BRM LX TO 16CH HD23 (GE Medical Systems)**

**Požadovaná technická a funkčná špecifikácia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Časť 2** | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Súbor fixačných pomôcok pre 2ks lineárnych urýchľovačov, 1ks CT simulátora, 1ks CT zariadenie, 1ks MR zariadenie vrátane súvisiacich služieb - určené pre fixáciu končatín** | | | | | | | | |
|
|
| **P.č.** | **Názov fixačnej pomôcky** | | | | **MJ** | **Počet ks/sád** | **Požadujeme uviesť, či spĺňa požiadavku áno/nie, alebo uviesť konkrétny údaj** | |
|
|
|
|
|
| Výrobca: | | | | |  | | | |
|
| Predmet zákazky musí byť nový, nepoužívaný, nerepasovaný | | | | | áno | |  | |
|
| **1** | **A. Fixácia končatín (Extremities)** | | | | | | | |
| 1.1 | Podložka pod kolená | | | |  | | | |
|
| 1.1.1 | Malá, vrátane príslušenstva | | | | ks | 5 |  | |
|
| 1.1.2 | Veľká, vrátane príslušenstva | | | | ks | 5 |  | |
|
| 1.2 | Podložka pod členky | | | | ks | 5 |  | |
|
| 1.3 | Samostatné pomôcky "low density" na fixáciu nôh polohovateľnú + fixácia rúk samostatne vrátane príslušenstva | | | | ks | 2 |  | |
|
|
| Fixačný masky k samostatným pomôckam "low density" na fixáciu nôh polohovateľné + fixácia rúk samostatne | | | | ks | 10 |  | |
|
|
| 1.4 | Fixačná doska pre fixáciu končatín | | | | ks | 2 |  | |
|
| 1.5 | Fixačné masky na končatiny | | | | ks | 10 |  | |
|
| **2** | **Záručná doba** | | | | | | | |
| 2.1 | Dĺžka záručnej doby | | | | mes. | 24 |  | |
|

Obchodné meno: ....................................... *(doplniť)*

Sídlo: ......................................................... *(doplniť)*

IČO: .......................................................... *(doplniť)*

V ............................................, dňa ............................

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

meno a priezvisko štatutárneho orgánu

podpis a pečiatka