**Załącznik: 1B - Parametry techniczne stacji opisowej**

Minimalne parametry techniczne przedmiotu zamówienia:

a) Wymagana jest dostawa, podłączenie i uruchomienie do siedziby zamawiającego fabrycznie nowej Stacji opisowej spełniającej co najmniej następujące parametry minimalne:

| Lp | Nazwa komponentu | Wymagane minimalne parametry techniczne komputerów | Wymagane / Ocena | Oferowane parametry techniczne |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Typ | Stacja opisowa składająca się z jednostki centralnej(komputera), dwóch monitorów medycznych oraz jednego monitora opisowego. Stacja musi być zgodna z obowiązującym rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. | Tak | Wybrać: spełnia / nie spełniaPodać producenta i model komputera……………………………….. |
| 2 | Zastosowanie | Komputer będzie wykorzystywany do opisów badań MRI, dla potrzeb aplikacji biurowych, aplikacji szpitalnych, oprogramowania bazodanowego, zarządzania siecią, dostępu do sieci Internet oraz poczty elektronicznej. | Tak | Wybrać: spełnia / nie spełnia |
| 3 | Ekran | -2x Monitor medyczny diagnostyczny o parametrach minimalnych:a) 21.3",b) 2MP,c) 1200x1600-1x Monitor opisowy 22" o parametrach minimalnych:a) regulacja wysokościb) rozdzielczość FullHD | Tak | Wybrać: spełnia / nie spełniaPodać producenta i model monitora medycznegoPodać producenta i model monitora opisowego |
| 4 | Procesor | Procesor osiągający w teście PassMark CPU Mark wynik min.: **30832** punktów (wynik zaproponowanego procesora musi znajdować się na stronie http://www.cpubenchmark.net). wynik z dnia 23-04-2024 | Tak | Podać producenta, model i typ procesora…………………………….. |
| 5 | Pamięć RAM | Min. 32 GB DDR4 3600MHz | Tak | Wybrać: spełnia / nie spełnia |
| 6 | Dysk twardy | 2x dysk 1TB SSD w RAID (obsługa RAID 0,1,5) | Tak | Wybrać: spełnia / nie spełnia |
| 7 | Karta graficzna | karta graficzna do monitorów medycznych z Open GL ver. 4.5, 4 wyjścia na monitory. | Tak | Wybrać: spełnia / nie spełniaPodać producenta, model i typ karty graficznej…………………. |
| 8 | Wyposażenie multimedialne | Karta dźwiękowa zintegrowana z płytą główną, zgodna z High Definition, | Tak | Wybrać: spełnia / nie spełniaPodać producenta, model i typ karty dźwiękowej…………………. |
| 9 | Komunikacja | -Karta sieciowa 10/100/1000 Ethernet RJ 45- zintegrowana z płytą główną,-wspierająca obsługęWoL (funkcja włączana przez użytkownika), | Tak | 10/100/1000 Ethernet RJ 45- spełnia / nie spełniaWsparcie WoLspełnia / nie spełnia |
| 10 | Urządzenie wskazujące | -Klawiatura przewodowa USB (układ US -QWERTY), -Mysz przewodowa USB minimum 3 przyciskowa, rozdzielczość min. 800dpi | Tak | Wybrać: spełnia / nie spełnia |
| 12 | Napęd optyczny | DVD+/-R | Tak | spełnia / nie spełnia |
| 14 | System operacyjny | system 64-bitowy, w wersji polskiej, umożliwiający uruchomienie aplikacji klienckich systemu medycznego AMMS, niewymagający aktywacji za pomocą telefonu lub Internetu. System musi umożliwiać podłączenie do domeny Windows oraz modyfikację konfiguracji systemuDołączone nośniki recovery umożliwiające instalacje systemu w wersji 64bit.Potwierdzenie kompatybilności komputera z oferowaną wersją systemu operacyjnego na stronie producenta Systemu Operacyjnego | Tak | Wybrać: spełnia / nie spełnia |
| 18 | Gwarancja | Min. 5-letnia gwarancja producenta na Stacje opisową realizowana on-site W razie awarii dysk pozostaje u zamawiającego. | Tak | Wybrać: spełnia / nie spełnia |
| 19 | Oprogramowanie i bezpieczeństwo | - oprogramowanie musi prawidłowo działać na uprawnieniach zwykłego użytkownika oraz współpracować z kontrolerem domeny AD-- oprogramowania pozwalające na nielimitowaną możliwość pobierania zdjęć w celu ich wizualizacji i analizy, bez ograniczeń czasowych w użytkowaniu,-zasilacz awaryjny 1600-licencja ESET Endpoint Antivirus-licencja Axcence- MS CAL 2022 per device | Tak | Wybrać: spełnia / nie spełnia |

........................................., dnia ................................

….…....…..................................................................

…..............................................................................

(podpis i pieczątka imienna Wykonawcy lub osoby
 uprawnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy)