**Załącznik nr 2** do Zaproszenia do składania ofert

***Formularz wymaganych warunków technicznych***

| **Lp.** | Parametr lub opis wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia | **Wymagana funkcjonalność** **lub wartość graniczna parametru** | **Tak / Nie****lub****oferowane wartości**  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***1*** | 2 | ***3*** | ***4*** |
| **Kamera do rejestracji zabiegów chirurgicznych CPR – 1 kpl.** |
| **Producent (marka) ……………………………….…………………………………………………………………………………………..…** *(Należy podać)***Model ……………………………………………………….….………..…………………………………………………………………………..** *(Należy podać)***Numer katalogowy …………………………………………………………………………………………………..…………...……** *(Należy podać jeżeli dotyczy)***Kraj pochodzenia...…………………….….…………………………………………………………………………….…..…………………** *(Należy podać)***Fabrycznie nowy produkt, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2017 r. …………………………………….………….** *(Należy podać)* |
|  | Wymagania ogólne | Kamera do rejestracji zabiegów chirurgicznych współpracująca z lampą czołową (Dr Kim, DKH-50) posiadaną przez użytkownika  | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
|  | Rodzaj matrycy  | CCD lub CMOS*Parametr oceniany:**CCD – 1 pkt**CMOS – 5 pkt* | *(Należy podać)* |
|  | Liczba pikseli | ≥ 1MP (1 000 000 pikseli) *Parametr oceniany:**≥ 1MP – 1 pkt**≥ 2MP – 2 pkt**≥ 3MP – 3 pkt**≥ 4MP – 4 pkt**≥ 5MP – 5 pkt* | *(Należy podać)* |
|  | Maksymalna rozdzielczość obrazu | HD (HDTV720p) lub full HD (HDTV 1080i/1080p)*Parametr oceniany:**HD – 1 pkt**Full HD – 5 pkt* | *(Należy podać)* |
|  | Funkcje kamery | Co najmniej:* Prezentacja obrazu w czasie rzeczywistym
* Rejestracja obrazu
* Auto Focus / Manual Focus
* Zoom 2x
* Współpraca z systemem operacyjnym Windows
 | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
|  | Interfejs | Co najmniej USB 2.0 | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |
|  | Masa kamery | ≤ 50g | Tak / Nie(niepotrzebne skreślić) |

*……………………..... ……………………………………………………………………………………………*

*(miejscowość, data) (podpis i pieczątka osoby uprawnionej do występowania w imieniu Wykonawcy*