|  |
| --- |
| OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA |
| **Dostawa defibrylatorów przeznaczonych dla Nowej Siedziby Szpitala Uniwersyteckiego (NSSU) wraz z instalacją, uruchomieniem oraz szkoleniem personelu.****Część 2 Defibrylatory typ 2 – 5 szt.** |

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „>=” lub „=<” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy znaku „=” oznacza wartość wymaganą.
* Brak odpowiedzi w przypadku pozostałych warunków, punktowany będzie jako 0.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie,
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji 2018) nie jest rekondycjonowany, używany, powystawowy, jest kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i typ:** | ……………………………………………… |
| **Producent:** | ……………………………………………… |
| **Kraj produkcji:** | ……………………………………………… |
| **Rok produkcji:** | ……………………………………………… |
| **Klasa wyrobu medycznego** | ……………………………………………… |

|  |
| --- |
| **ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE:****Dostawa defibrylatorów przeznaczonych dla Nowej Siedziby Szpitala Uniwersyteckiego (NSSU) wraz z instalacją, uruchomieniem oraz szkoleniem personelu** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot | Liczba sztuk | Cena jednostkowa brutto sprzętu (w zł) | **A:** Cena brutto sprzętu (w zł): |
| Defibrylatory typ 2 | 5 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **B:** Cena brutto dostawy sprzętu do nowej siedziby Szpitala (w zł): |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **C:** Cena brutto instalacji, szkolenia i uruchomienia sprzętu w nowej siedzibie Szpitala (w zł): |
|  |

|  |
| --- |
| **ZAMÓWIENIE OPCJONALNE:****dostawa sprzętu do magazynu Wykonawcy oraz przechowywania w magazynie sprzętu w magazynie Wykonawcy nie dłużej niż do 30.11.2019 r.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot | Liczba sztuk | Liczba miesięcy | Cena brutto miesięcznego przechowywania w magazynie 1 sztuki sprzętu (w zł) | **D:** Cena brutto przechowywania w magazynie łącznej liczby sztuk sprzętu przez zakładaną łączną liczbę miesięcy (w zł): |
| Defibrylatory typ 2 | 5 | 14 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A+ B + C + D**: Cena brutto oferty (w zł) |  |

|  |
| --- |
| **PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE** |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **OCENA PKT** |
|  | Defibrylator w systemie dwufazowym, z możliwością monitorowania i zapisu ekg, wyposażony w rejestrator. | tak |  | - - - |
|  | Możliwość przenoszenia danych z defibrylatora do komputera. | tak |  | - - - |
|  | Tryby pracy- ręczny- AED półautomatyczny - kardiowersja | tak |  | - - - |
|  | Kardiostymulacja przezskórna | tak |  | - - - |
|  | Pomiar saturacji SpO2 (czujniki pracujące w standardzie Nellcor lub Masimo – do określenia na etapie dostawy lub w standardzie producenta) we wszystkich aparatach  | tak |  | - - - |
|  | Pomiar ciśnienia NIBP we wszystkich aparatach wraz z kompletem 3 mankietów | tak |  | - - - |
|  | Pomiar kapnografii w 2 aparatach wraz z zestawem do pomiaru | tak |  | - - - |
|  | Pomiar ciśnienia IBP w 2 aparatach wraz zestawem do pomiaru | tak |  | - - - |
|  | Pomiar SpCO i SpMet we wszystkich aparatach | podać |  | tak – 2 pktnie – 0 pkt |
|  | Wszystkie aparaty wyposażone jest w moduł umożliwiający transmisję danych zapisu 12-odprowadzęń EKG do aplikacji odbiorczych znajdujących się w Pracowniach Hemodynamiki - w ramach istniejącego jednolitego systemu telemedycznego w ostrych zespołach wieńcowych w Małopolsce | podać |  | tak – 5 pktnie – 0 pkt |
|  | Zakres energii defibrylacji w trybie ręcznym [J] w zakresie (5-200) | tak, podać |  | największy zakres – 3 pkt, wymagane – 0 pkt,inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Czas ładowania do energii 200 {J}[s] nie dłużej niż 9 s. | tak, podać |  | najkrótszy czas – 3 pkt,wymagane – 0 pkt,inne proporcjonalnie mniej, względem najlepszej wartości |
|  | Możliwość defibrylacji przy użyciu odpowiednich elektrod samoprzylepnych  | tak |  | - - - |
|  | Komendy głosowe prowadzące proces reanimacji w polskiej wersji językowej  | tak |  | - - - |
|  | Akustyczny sygnał gotowości | tak |  | - - - |
|  | Optyczny sygnał gotowości | tak |  | - - - |
|  | Elektrody zewnętrzne dla dorosłych (łyżki) do każdego defibrylatora, jak również dla dzieci  | tak |  | - - - |
|  | Kabel wraz z elektrodami samoprzylepnymi jednorazowego użytku do defibrylacji (1 komplet elektrod dla dorosłych do każdego defibrylatora) | tak |  | - - - |
|  | Monitorowanie EKG | tak |  | - - - |
|  | Izolowane wzmacniacze dla EKG - klasa CF | tak |  | - - - |
|  | Sygnał EKG z elektrod defibrylacyjnych i z elektrod EKG | tak |  | - - - |
|  | Zabezpieczenia przed impulsem defibrylacyjnym | tak |  | - - - |
|  | Odprowadzenia EKG - minimum: I,II,III | tak |  | - - - |
|  | Przewód EKG min. 3-odprowadzeniowy | tak |  | - - - |
|  | Możliwość defibrylacji wewnętrznej po podłączeniu odpowiednich elektrod | podać |  | tak – 2 pktnie – 0 pkt |
|  | Wzmocnienie EKG [mm/mV] (5 do 20) | tak |  |  |
|  | Filtry przeciwzakłóceniowe | tak |  |  |
|  | Kolorowy ekran | tak |  | - - - |
|  | Przekątna ekranu min 5,5[”] | tak, podać |  | - - - |
|  | Opisy na ekranie i komunikacja z użytkownikiem w języku polskim | tak |  | - - - |
|  | Zakres pomiaru częstości akcji serca [ilość uderzeń/min] (30-300) | tak, podać |  | - - - |
|  | Sygnalizacja akustyczna rytmu | tak |  | - - - |
|  | Alarmy przekroczenia granicy górnej i dolnej | tak |  | - - - |
|  | Rejestrator typu termicznego | tak |  | - - - |
|  | Możliwość stosowania papieru o szerokości min. 50 [mm] | tak, podać |  | - - - |
|  | Rejestrowane dane:- data i czas- energia wyładowania- częstość rytmu- odprowadzenie EKG | tak |  | - - - |
|  | Zasilanie:- sieciowe ~ 230 [V] 50/60 [Hz] AC- bateryjne | tak |  | - - - |
|  | Pojemność baterii:- ilość wyładowań z maksymalną energią – min. 100 | tak, podać |  | największa ilość – 3 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Czas ładowania baterii od 0 do 100 % max. 4 [godz.] | tak, podać |  | najkrótszy czas – 3 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej względem najkrótszego czasu |
| **Inne** |
|  | Masa całkowita defibrylatora gotowego do pracy, z akumulatorem i łyżkami twardymi 9 [kg] | tak, podać |  | najniższa waga – 3 pkt, wymagana – 0 pkt, inne proporcjonalnie mnie względem najniższej wagi |
|  | Zakres temperatur w miejscu pracy 5-40[°C] | tak |  | - - - |
|  | Możliwość przeprowadzenia przez defibrylator codziennego autotestu | tak |  | - - - |
|  | Wózek pod aparat wyposażony w stację dokującą/system mocowania pozwalający na szybki montaż i demontaż urządzenia z zabezpieczeniem przed przypadkowym wypadnięciem – do każdego aparatu | tak |  | - - - |

|  |
| --- |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów.UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 10 lat. | >= 24 |  | najdłuższy okres – 5 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 10 lat (peryferyjny sprzęt komputerowy – min. 5 lat, dopuszcza się wymianę na sprzęt lepszy od zaoferowanego). | tak |  | - - - |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień, w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać w pełni sprawnego sprzętu. | tak |  | - - - |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Przyjazd serwisu po zgłoszeniu awarii w okresie gwarancji do 2 dni (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00 ) | tak, podać |  | 1 dzień– 5 pkt;2 dni – 0 pkt, |
|  | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 10 dni (dotyczy dni roboczych) | tak |  | - - - |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 10 dni od zgłoszenia awarii | tak |  | - - - |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta)  | tak, podać ilość |  | jeden – 5 pkt, więcej – 0 pkt |
|  | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | podać |  | - - - |
|  | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji | tak |  | - - - |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.) | tak |  | - - - |
|  | Urządzenie jest lub będzie pozbawione wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca umowy podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | tak |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** |  |  |  |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego – 20 osób i technicznego – 2 osoby. Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny – 5 osoby i technicznego – 1 osoba | tak |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza. | tak |  | - - - |
|  | Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu, | tak |  | - - - |
|  | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie).UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta. | tak |  | - - - |
|  | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszporty techniczne zawierające co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują). | tak |  | - - - |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji. | tak |  | - - - |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące.UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów. | tak |  | - - - |
|  | Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest ze środków Unii Europejskiej, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia | tak |  | - - - |