	<p style="text-align: center;">Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50 https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.ple-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</p> <p>Dostawa i montaż sprzętu medycznego oraz wyposażenia Bloku Operacyjnego i oddziałów szpitalnych w ramach projektu pn.: „Podniesienie jakości i kompleksowości leczenia poprzez konsolidację usług zdrowotnych w zakresie leczenia zachowawczego i zabiegowego w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu” – nr 5A</p>	<p>Nr sprawy: ZP/45/2023</p>
--	---	--


Załącznik nr 1.3.3 do SWZ

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I UŻYTKOWYCH


POMPA INFUZYJNA JEDNOSTRZYKAWKOWA SZT. 15 (ZE STACJĄ DOKUJĄCĄ SZT. 5, STATYW DO STACJI SZT. 5)

Nazwa	Agilia SP MC PL, Agilia Link 4, Statyw jezdny do pomp infuzyjnych
Typ	Zaawansowana Strzykawkowa pompa infuzyjna z kalkulacją dawki - Z018693, STACJA DOKUJĄCA DO 4 POMP - Z074120, STATYW JEZDNY DO POMP INFUZYJNYCH O ZWIĘKSZONEJ NOŚNOŚCI-Z073160
Producent	Fresenius Kabi AG/Provita Medical GmbH
Kraj pochodzenia	Niemcy
Rok produkcji:	Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, rok produkcji 2022


Lp.	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY (podać zakresy, opisać lub potwierdzić)	
I	PARAMETRY TECHNICZNE		
	POMPA INFUZYJNA JEDNOSTRZYKAWKOWA SZT. 15		
1.	Objętości strzykawk 5, 10, 20, 30/35, 50/60 cm3.	TAK	TAK, Potwierdzam
2.	Możliwość stosowania strzykawk różnych producentów – krajowych i zagranicznych, lista strzykawk dostępna na życzenie, możliwość dostosowania pompy do wskazanych typów strzykawk min. 4 producentów	TAK	TAK, Potwierdzam
3.	Typy strzykawk wykorzystywanych w pompie dostępnych na rynku krajowym	TAK	TAK, Potwierdzam
4.	Automatyczne rozpoznawanie strzykawk	TAK	TAK, Potwierdzam
5.	Zakres szybkości przepływu 0,1–1200 ml/h Regulacja : - co 0,1 ml/h w zakresie 0,1–99,9 ml/h (opcjonalnie 0,01 ml/h w zakresie 0,1–9,99ml/h) - co 1 ml/h w zakresie 100–1200 ml/h.	TAK	TAK, Potwierdzam
6.	Objętość/dawka wlewu Objętość: 0,1–999 ml / Dawka: 0,1–9999 jednostek	TAK	TAK, Potwierdzam
7.	Tryby wlewu - tryb w ml/h: - tryby dawkowania: ng/h, ng/kg/min, ng/kg/h, µg/min, µg/h, µg/kg/min, µg/kg/h, mg/min, mg/h, mg/24h, mg/kg/min, mg/kg/h, mg/kg/24h, mg/m./h, mg/m./24h, g/h, g/kg/min, g/kg/h, g/kg/24h, mmol/h, mmol/kg/h, mmol/kg/24h, mU/min, mU/kg/min, mU/kg/h, U/min, U/h, U/kg/min, U/kg/h, kcal/h, kcal/24h, kcal/kg/h, mEq/min, mEq/h, mEq/kg/min, mEq/kg/h. - Ustawienie rozcieńczenia: -- jedn. / ml lub -- jedn. / -- ml. Z dawką nasycającą lub bez.	TAK	TAK, Potwierdzam
8.	Dawka nasycająca Dawka/czas: 0,01–9999 jedn. / 1 sekundę – 24 h. Automatyczne obliczanie szybkości.	TAK	TAK, Potwierdzam
9.	Bolus - bolus bezpośredni: Szybkość: 50–1200 ml/h (przyrost o 50 ml/h). - bolus programowany (dawka lub objętość / czas): 0,1–99,9 ml 0,01–9999 jedn. / 1 sekundę – 24 h.	TAK	TAK, Potwierdzam
10.	Wlew końcowy (V/T i VL) KVO: szybkość regulowana w zakresie 0,1–5 ml/h, wlew ciągły lub zatrzymanie podawania.	TAK	TAK, Potwierdzam
11.	Dokładność szybkości infuzji : * ± 1% dokładność urządzenia, * ± 2% dokładność strzykawki	TAK	TAK, Potwierdzam

	<p style="text-align: center;">Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50 https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.ple mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</p> <p>Dostawa i montaż sprzętu medycznego oraz wyposażenia Bloku Operacyjnego i oddziałów szpitalnych w ramach projektu pn.: „Podniesienie jakości i kompleksowości leczenia poprzez konsolidację usług zdrowotnych w zakresie leczenia zachowawczego i zabiegowego w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu” – nr 5A</p>	<p>Nr sprawy: ZP/45/2023</p>
--	---	--

12.	Objętość lub dawka / jednostka czasu: 0,1–99,9 ml; 00 h 01 – 96 h 00. Limit objętości: 0,1–999 ml.	TAK	TAK, Potwierdzam
13.	Historia w formie graficznej Objętość/dawka wlewu, ciśnienie, szybkość przepływu.	TAK	TAK, Potwierdzam
	Dostępne opcje przeliczania - powierzchni ciała pacjenta w m2 oraz wagi, w zakresie 0,25-350 kg z dostępną regulacją co 10 gramów w zakresie 0,25 – 9,99 kg	TAK	TAK, Potwierdzam
	Tryby ciśnienia Dostępne są dwa tryby: zmienny lub 3 ustalone wcześniej poziomy – Zakres: 50–900 mmHg. (co 25 mmHg w przedziale 50–250 mmHg / co 50 mmHg w przedziale 250–900 mmHg). Mogą być aktywowane/dezaktywowane i regulowane.	TAK	TAK, Potwierdzam
14.	Ustawianie poziomu ciśnienia okluzji – min. 20 poziomów, 3 jednostki do wyboru – mmHg, kPa, PSI	TAK	TAK, Potwierdzam
15.	Zapisywanie zdarzeń w dzienniku danych 1500 zdarzeń zapisywanych w dzienniku danych w czasie rzeczywistym.	TAK	TAK, Potwierdzam
16.	System kontroli i sygnalizacji stanów zagrażających życiu pacjenta (wizualny i dźwiękowy) -Alarm pustej strzykawki -Alarm przypominający –zatrzymana infuzja -Alarm okluzji -Alarm rozłączenia linii – spadku ciśnienia -Alarm rozładowanego akumulatora -Alarm braku lub źle założonej strzykawki -Alarm otwartego uchwytu komory strzykawki -Alarm informujący o uszkodzeniu urządzenia -Alarm zbliżającego się rozładowania akumulatora -Alarm blokady klawiatury -Alarm bliskiego końca infuzji z możliwością zaprogramowania czasu w zakresie 0-30 minut, - Kontrola napięcia klamry mocującej strzykawkę, docisnięcia napędu do tłoka, umiejscowienie kołnierza strzykawki	TAK	TAK, Potwierdzam
17.	Wymiary (w/s/d) / masa 135 × 345 × 170 mm / Około 2,1kg	TAK	TAK, Potwierdzam
18.	Zacisk z blokadą ryglującą Wszechstronny zacisk pozwalający na zamontowanie na poręczu lub stojaku. (Stojak: 20–40 mm maks. / poręcz: 25–35 × 10 mm)	TAK	TAK, Potwierdzam
19.	- Zasilanie pompy bezpośrednio z sieci za pomocą kabla, zasilacz wbudowany wewnątrz urządzenia - Zasilanie z akumulatora wewnętrznego powyżej 11 godz. przy przepływie 5 ml/godz.	TAK	TAK, Potwierdzam
20.	Automatyczne ładowanie akumulatorów w momencie podłączenia aparatu do zasilania sieciowego	TAK	TAK, Potwierdzam
21.	Gwarancja liczona od dnia podpisania protokołu odbioru i przekazania do eksploatacji – zgodnie z formularzem ofertowym.	TAK	TAK, Potwierdzam
22.	Czas reakcji na zgłoszenie awarii przez autoryzowany serwis z podjęciem naprawy do 2 dni roboczych od momentu powiadomienia o awarii wysłanego faksem	TAK	TAK, Potwierdzam
23.	Okres niesprawności urządzenia, po upływie którego Wykonawca zobowiązany będzie na żądanie Zamawiającego do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy - nie dłuższy niż 3 dni robocze od chwili zgłoszenia awarii	TAK	TAK, Potwierdzam
24.	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany sprzętu na nowy - nie więcej niż 3 naprawy tego samego elementu	TAK	TAK, Potwierdzam
25.	Instrukcje obsługi w języku polskim dostarczone przy dostawie	TAK	TAK, Potwierdzam
26.	Potwierdzenie zawartych w tabeli parametrów technicznych oferowanego przedmiotu zamówienia materiałami informacyjnymi producenta (foldery, kserokopie stron katalogowych, inne)	TAK	TAK, Potwierdzam

	<p style="text-align: center;">Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50 https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.ple-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</p> <p>Dostawa i montaż sprzętu medycznego oraz wyposażenia Bloku Operacyjnego i oddziałów szpitalnych w ramach projektu pn.: „Podniesienie jakości i kompleksowości leczenia poprzez konsolidację usług zdrowotnych w zakresie leczenia zachowawczego i zabiegowego w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu” – nr 5A</p>	<p>Nr sprawy: ZP/45/2023</p>
--	--	--

27.	Zgodność elektromagnetyczna EMC IEC 60601-1-2, IEC 60601-2-24 Dyrektywa dot. Wyrobów Medycznych Oznaczenie CE 0123 zgodnie z Dyrektywą Rady 93/42/EWG Zgodność elektryczna Ochrona przed prądem odpływowym: Odporne na defibrylację typ CF Ochrona przed porażeniem elektrycznym: klasa II zgodnie z IEC 60601-1 System alarmowy IEC 60601-1-8 Inżynieria użyteczności IEC 60601-1-6 i IEC 62366	TAK	TAK, Potwierdzam
	STACJA DOKUJĄCA 5 szt. I STATYW DO STACJI DOKUJĄCEJ 5 szt.		
28.	Stacja dokująca pozwalająca na jednoczesne zasilanie 4 pomp	TAK	TAK, Potwierdzam
29.	Zatraskowe mocowanie oferowanych pomp w stacji dokującej bez konieczności demontażu uchwytu mocującego pompy lub uchwytu transportowego	TAK	TAK, Potwierdzam
30.	Dowolna zmiana miejsca pomp strzykawkowych i objętościowych bez konieczności wyjmowania innych pomp – możliwość niezależnego umieszczania i wyjmowania pomp w i z stacji	TAK	TAK, Potwierdzam
31.	Zasilanie pomp ze stacji dokującej automatyczne podłączenie zasilania po umieszczeniu pompy w stacji . Moc maksymalna (z 4 pompami) : 60VA	TAK	TAK, Potwierdzam
32.	Specyfikacja gniazda wyjściowego zasilacza max. 15VA na wyjście	TAK	TAK, Potwierdzam
33.	Możliwość mocowania stacji dokującej do rury pionowej (stojaki lub kolumny)	TAK	TAK, Potwierdzam
34.	Masa stacji dokującej maksymalnie 3,6kg	TAK	TAK, Potwierdzam
35.	Statyw zaprojektowany specjalnie na potrzeby montażu stacji dokujących, statyw jezdny z obciążeniem max. 25 kg	TAK	TAK, Potwierdzam
36.	Nisko położony środek ciężkości	TAK	TAK, Potwierdzam
37.	Podwójny maszt stojaka (regulacja w zakresie 170-220cm)	TAK	TAK, Potwierdzam
38.	Podstawa jezdna o śr. 65 cm wyposażona w 5 podwójnych kółek z hamulcami	TAK	TAK, Potwierdzam
39.	Teleskopowe ramię z 6 wieszakami o łącznej nośności do 6 kg	TAK	TAK, Potwierdzam
40.	Wykonany ze stali nierdzewnej	TAK	TAK, Potwierdzam
II	OKRES GWARANCJI I SERWISU		
1.	Okres gwarancji i serwisu gwarancyjnego min. 24 miesiące	TAK, Podać	TAK, Potwierdzam, 24 miesiące
2.	Gwarancja liczona od dnia podpisania protokołu odbioru i przekazania do eksploatacji	TAK	TAK, Potwierdzam
3.	Autoryzowany serwis gwarancyjny świadczony w siedzibie Zamawiającego	TAK, Podać dane teleadresowe	TAK, Potwierdzam, Autoryzowany serwis gwarancyjny świadczony w siedzibie Zamawiającego: Fresenius Kabi Polska Sp. z o.o. Al. Jerozolimskie 134 02-305 Warszawa M: +48 721 210 260 Tel: +48 22 345 67 89 Fax: +48 22 345 67 87
4.	Aktualne dokumenty dopuszczające oferowany wyrób do używania i obrotu na terenie RP (Deklaracja Zgodności zgodnie z Ustawą o Wyrobach Medycznych (Dz. U. z 2022, poz. 463, 583, 974. lub certyfikat CE) oraz wpisy/zgłoszenia do Rejestru wyrobów Medycznych i Preparatów Biobójczych lub oświadczenie, że dokumenty takie nie są wymagane.	Tak Dołączyć do oferty	TAK, dołączono do oferty
5.	Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancyjnym wg zaleceń producenta – min. 1 przegląd rocznie	TAK	TAK, Potwierdzam

	<p style="text-align: center;">Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu ul. Komeńskiego 35 ; 82-300 Elbląg tel. 55 230-41-84 , fax. 55 230-41-50 https://platformazakupowa.pl/pn/szpitalmiejski_elblagwww.szpitalspecjalistyczny.elblag.ple-mail: zamowienia@szpitalmiejski.elblag.pl</p> <p>Dostawa i montaż sprzętu medycznego oraz wyposażenia Bloku Operacyjnego i oddziałów szpitalnych w ramach projektu pn.: „Podniesienie jakości i kompleksowości leczenia poprzez konsolidację usług zdrowotnych w zakresie leczenia zachowawczego i zabiegowego w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu” – nr 5A</p>	<p>Nr sprawy: ZP/45/2023</p>
--	---	--

6.	Termin przystąpienia serwisu Wykonawcy do naprawy gwarancyjnej – maksymalnie 48 godzin od zgłoszenia o wadzie – z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy	TAK	TAK, Potwierdzam
7.	Zagwarantowanie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od oddania do eksploatacji	TAK	TAK, Potwierdzam
8.	Szkolenie personelu medycznego w terminie wzajemnie uzgodnionym z Zamawiającym	TAK	TAK, Potwierdzam
9.	Instrukcja w języku polskim (wraz z dostawą i uruchomieniem aparatu)	TAK	TAK, Potwierdzam
10.	Dostarczenie kart gwarancyjnych wraz z aparatem	TAK	TAK, Potwierdzam
11.	Dostarczenie paszportu technicznego wraz z odpowiednimi wpisami	TAK	TAK, Potwierdzam
12.	Na czas naprawy sprzętu trwającej ponad czas określony w § 4 ust. 4 Umowy, Wykonawca zapewnia pełnowartościowy sprzęt zastępczy tego samego rodzaju.	TAK	TAK, Potwierdzam

UWAGA:

Parametry określone jako „TAK” są warunkami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „NIE” lub nie wypełnienie pola oraz niespełnienie któregośkolwiek z warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego parametru/warunku będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Wykonawca dokonuje szczegółowego opisu wymaganego parametru, a w przypadku parametru określonego przez Zamawiającego przez podanie wartości "maksymalnie", "minimalnie", " \pm " lub " $\geq \leq$ ", Wykonawca podaje dokładne wartości oferowanych parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.

Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego warunku będzie traktowany, jako brak danego parametru / warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia. Zaoferowane powyżej parametry wymagane powinny być nie sprzeczne z materiałem informacyjnym.

Wykonawca gwarantuje niniejszym, że powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest zgodne z wymogami zapytania ofertowego sprzęt jest fabrycznie nowy, nieużywany, kompletny, i do jego stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów

Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

Oświadczamy, że oferowany i powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym u producenta. W przypadku wątpliwości Zamawiający wymagać będzie prezentacji sprzętu i jego parametrów technicznych.

podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e
do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia Wykonawcy