

Włocławek, dnia 09.06.2023r.

**Wszyscy uczestnicy postępowania na zakup sprzętu medycznego
na potrzeby Głównego Bloku Operacyjnego
Znak postępowania: DZP/42/2023**

Numer ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej: 2023/S 096-296589, data przekazania: 15.05.2023 r., data publikacji: 19.05.2023 r., data zamieszczenia na stronie internetowej dla niniejszego postępowania na platformie zakupowej: <https://platformazakupowa.pl/pn/szpital.wloclawek> w dniu 19.05.2023 r.

Numer ogłoszenia o zmianie ogłoszenia przekazane Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej w dniu 05.06.2023 r. i opublikowane w dniu 09.06.2023 r., pod numerem 2023/S 110-346422 oraz zamieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego i na stronie internetowej dla niniejszego postępowania na platformie zakupowej: <https://platformazakupowa.pl/pn/szpital.wloclawek> w dniu 09.06.2023 r.

ZAWIADOMIENIE O ZMIANIE TREŚCI SWZ
ORAZ
ZAWIADOMIENIE O PRZEDŁUŻENIU TERMINU SKŁADANIA OFERT

Zamawiający Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku, działając na podstawie art. 137 ust. 1, 2, 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. — Prawo zamówień publicznych (Dz.U.2022.1710 z późn. zm.) w związku z art. 90 ust. 1 uPzp, informuje wszystkich Wykonawców, iż modyfikuje treść Specyfikacji Warunków Zamówienia w zakresie:

- 1) Załącznika nr 2.4 do SWZ. Modyfikacja dotyczy Formularza asortymentowo – cenowego części nr 4 w zakresie zmiany nazwy tej części oraz nazwy przedmiotu zamówienia z dotychczasowej na następującą:
„ Część nr 4. Zestaw do histeroresektoskopii z diatermią
1. ZESTAW DO HISTERORESEKTOSKOPII Z DIATERMIĄ (wg Formularza parametrów techniczno-użytkowych – załącznik nr 8.4 do SWZ CZĘŚĆ A i CZĘŚĆ B) – kpl 1”
- 2) Załącznika nr 8.4 do SWZ CZĘŚĆ B. Modyfikacja dotyczy Formularza parametrów techniczno-użytkowych przedmiotu zamówienia tej części w zakresie zmiany nazwy urządzenia z dotychczasowej na następującą:
„ Pełna nazwa urządzenia: *Diatermia do zestawu do histeroresektoskopii – 1 szt.*”
- 3) przedłużenia terminu składania i otwarcia ofert z dnia 20.06.2023 r. na dzień 28.06.2023 r. miejsce oraz ustalone godziny pozostają bez zmian oraz modyfikuje termin związania ofertą

z dnia 17.09.2023 r. na dzień 25.09.2023 r.

W załączeniu załączniki nr 2.4 i 8.4 część B do SWZ po modyfikacji.

Z upoważnienia
Dyrektora
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
we Włocławku

Inspektor
Działu zamówień Publicznych

mgr Justyna Kwiatkowska

Realizacja projektu pn. „Podniesienie jakości usług zdrowotnych oraz zwiększenie dostępu do usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku - zakup sprzętu i wyposażenia”

Załącznik nr 2.4 do SWZ
DZP/42/2023

.....
(Dane Wykonawcy)

FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY

Część nr 4. Zestaw do **histeroresektoskopii** z diatermią

L.p	Przedmiot zamówienia	Jednostka miary	Potrzebna ilość	Producent	Cena jednostkowa netto (zł)	Wartość netto (zł) (kol.4xkol.6)	Stawka podatku VAT %	Kwota podatku VAT (zł)	Cena jednostkowa brutto (zł) (kol.6+kol.8)	Wartość brutto (zł) (kol.7+kol.8)	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	ZESTAW DO HISTERORESEKTOSKOPII Z DIATERMIĄ (wg Formularza parametrów techniczno-użytkowych – załącznik nr 8.4 do SWZ CZĘŚĆ A i CZĘŚĆ B)	kpl	1								
łącznie wartość netto :										łącznie wartość brutto:	

łącznie wartość netto części nr 4 : PLN

(Słownie:)

łącznie wartość brutto części nr 4 : PLN

(Słownie:)

Realizacja projektu pn. „Podniesienie jakości usług zdrowotnych oraz zwiększenie dostępu do usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku - zakup sprzętu i wyposażenia”

Załącznik nr 8.4 do SWZ
DZP/42/2023

.....
(Dane Wykonawcy)

CZĘŚĆ B

FORMULARZ PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pełna nazwa urządzenia: **Diatermia do zestawu do histeroresektoskopii – 1 szt.**

Typ/Model (podać):

Producent (podać):

Dostawca (podać):

Rok produkcji(podać):

Lp.	Opis wymaganych parametrów technicznych	Parametry wymagane	Parametry oferowane Tak/Nie Podać/opisać
1	Aparat fabrycznie nowy, niepodemonstracyjny wyprodukowany nie później niż w 2023 roku	TAK	
2	Diatermia z funkcją zamykania naczyń - 1 szt.	TAK	
3	Automatyczne dopasowanie mocy wyjściowej w zależności od: -właściwości fizykochemicznych tkanek, -wielkości i kształtu elektrody tnącej, - sposobu prowadzenia cięcia, koagulacji	TAK	
4	Możliwość zapamiętania min. 90 programów przez jednostkę sterującą i zapisania ich pod wieloznakową nazwą procedury lub nazwiskiem lekarza w języku polskim	TAK	
5	Sygnalizacja dźwiękowa i wizualna awarii z wyświetleniem kodu błędu	TAK	
6	Jednostka sterująca z wielokolorowym wyświetlaczem TFT obrazującym parametry urządzenia, służącym do komunikacji użytkownik-aparat	TAK	
7	Możliwość rozbudowy systemu o dodatkowe moduły: -odsysacz dymu z pola operacyjnego, - przystawkę argonową	TAK	

8	Gniazda monopolarne umożliwiające bezpośrednie podłączenie kabli jednobolcowych oraz kabli 3 – bolcowych, bez użycia dodatkowych adapterów	TAK	
9	Ilość gniazd przyłączeniowych: monopolarne – 1; bipolarne – 1; zamykania naczyń – 1; neutralne – 1	TAK	
10	Maksymalna moc wyjściowa cięcia monopolarnego do 300 [W] dostępna dla różnych rodzajów cięcia monopolarnego	TAK	
11	Regulacja mocy wszystkich funkcji z krokiem $\pm 1W$ w całym dostępnym zakresie pracy dla cięcia, koagulacji - mono i bipolarnej	TAK	
12	Moc znamionowa koagulacji monopolarnej do 200 [W]	TAK	
13	Minimum trzy rodzaje/ tryby koagulacji monopolarnej: (delikatna, intensywna i bezkontaktowa)	TAK	
14	Moc wyjściowa koagulacji bipolarnej maksymalnie 200 [W]	TAK	
15	Aktywacja funkcji bipolarnej: pedał lub funkcja auto-start	TAK	
16	Informacja o jakości przylegania elektrody neutralnej w postaci cyfrowej i graficznej	TAK	
17	Możliwość samodzielnej regulacji przez personel medyczny czasu opóźnienia funkcji auto-start z dokładnością do co najmniej 0,1 sekundy	TAK	
18	Moduł lub urządzenie do zamykania naczyń o średnicy do 7mm z funkcją auto-stop	TAK	
19	Moc modułu lub urządzenia do zamykania naczyń, regulowana automatycznie minimum 300 [W]	TAK	
20	Włącznik nożny pojedynczy – 1 szt	TAK	
21	Włącznik nożny podwójny z dodatkowym przyciskiem do zmiany programów-1 szt.	TAK	
22	Wielorazowy instrument do zamykania naczyń o śr. do 7 mm, okładki radełkowane ,dł. 340 mm z kablem – 1 kpl.	TAK	
23	Wielorazowy instrument do zamykania naczyń do 7mm, zakrzywione końcówki ,dł. 340 mm z kablem – 2 kpl.	TAK	
24	Wielorazowy instrument do zamykania naczyń do 7mm, typu okienko, radełkowane ,dł. 340 mm z kablem – 1 kpl.	TAK	
25	Wielorazowy instrument do zamykania naczyń do 7mm, typu okienko,dł. 340 mm z kablem – 1 kpl.	TAK	
26	Nożyczki laparoskopowe tnąco – koagulujące , dł. 350mm - 3 kpl.	TAK	
27	Bipolarny kabel dł. min. 4m – 3 szt.	TAK	
28	Uchwyt monopolarny umożliwiający cięcie i koagulację z kablem – 2 szt.	TAK	

29	Elektroda nożowa monopolarna – min. 5 szt.	TAK	
30	Monopolarny kabel laparoskopowy umożliwiający funkcję cięcia i koagulacji – 3 szt.	TAK	
31	Elektroda neutralna z pierścieniem ekwipotencjalnym 23-26 cm 2 i powierzchnią 83-85 cm ² .- minimum 100 szt.	TAK	
32	Kabel elektrody neutralnej dł. min. 4m – 2 szt.	TAK	
	Pozostałe wymagania		
1	Okres gwarancji min. 36 m-cy; obejmuje również akumulatory (jeśli dotyczy).	TAK (podać)	
2	Czas reakcji od przyjęcia zgłoszenia – podjęta naprawa nie dłużej jak: - 24 h (dni pracujące) dla zgłoszenia w czasie trwania gwarancji; - 48 h (dni pracujące) dla zgłoszenia pogwarancyjnego.	TAK (podać)	
3	W okresie gwarancji bezpłatne przeglądy (min. 1 x w roku chyba, że producent urządzeń lub/i ich podzespołów lub/i elementów wymaga <u>częstszych niż 1 x w roku</u> przeglądów - wówczas ilość tych przeglądów winna być zgodna z wytycznymi producenta) łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymaganiami producenta); dotyczy również akumulatorów.	TAK	
4	Dostępność części zamiennych po okresie gwarancji oraz serwisu pogwarancyjnego min. 8 lat	TAK (podać)	
5	Szkolenie z obsługi aparatu/urządzenia w, tym sposobu mycia i dezynfekcji, dla personelu medycznego oraz technicznego wskazanego przez Zamawiającego jest bezpłatne, ilość osób do przeszkolenia określa Zamawiający	TAK	
6	Dostawa, montaż i uruchomienie w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu funkcjonowania urządzenia i w obecności osoby/osób wyznaczonych przez Zamawiającego – bezpłatne	TAK	
7	Wypełniony paszport techniczny	TAK	
8	Instrukcje obsługi, <u>w tym sposobu mycia i dezynfekcji</u> , w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej	TAK	
9	Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski	TAK (podać)	
10	Urządzenie zastępcze (w przypadku awarii lub/i konieczności zabrania urządzenia do przeglądu poza szpital lub/i unieruchomienia urządzenia na czas przeglądu)	TAK	
11	Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu/urządzenia wykonywanego zgodnie z zaleceniem	TAK (podać)	

	producenta po upływie okresu gwarancji jakości udzielonej przez Wykonawcę zgodnie z postanowieniami SWZ. (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu wraz z opisem)		
12	Wszystkie oferowane w ramach zestawu produkty tworzą w pełni kompatybilny zestaw	TAK	

Uwaga:

Dostawca sprzętu oświadcza, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązuje się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego powyższe parametry oraz zgodnego z wymaganiami aktualnej ustawy o wyrobach medycznych. Wyszpecyfikowany powyżej sprzęt jest kompletny i po dostarczeniu i zamontowaniu będzie gotowy do eksploatacji.

.....
Data; kwalifikowany podpis elektroniczny

