

## SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

### Zadanie nr 5: Inhalator pneumatyczny szt.2

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie Urządzenia **Inhalator pneumatyczny szt.2** zwanego dalej „sprzętem” dla potrzeb Uzdrawiska Goczałkowice – Zdrój Sp. z o. o.
2. Wymogi medyczne i warunki techniczne przedmiotu zamówienia Zamawiającego podał poniżej w niniejszym załączniku do SWZ.
3. Przedmiot zamówienia obejmuje w szczególności:
  - a) Dostawę, montaż oraz uruchomienie urządzenia w miejscu dostawy.
  - b) Udzielenie gwarancji, jakości dla nowego sprzętu na okres nie krótszy niż 24 miesiące oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.
  - c) Zapewnienie w cenie oferty serwisu i obowiązkowych przeglądów przez cały okres gwarancji i rękojmi dla oferowanego sprzętu, wykonywanych zgodnie z zaleceniami producenta i wymogami przepisów prawnych, ale nie rzadziej niż raz do roku, potwierdzonymi wpisem do paszportu technicznego urządzeń.
  - d) Dostarczenie instrukcji obsługi (w języku polskim) oraz przeprowadzenie szkolenia (w języku polskim) minimum 7 pracowników użytkownika w zakresie obsługi i eksploatacji dostarczonego sprzętu w miejscu dostawy.
1. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
2. Sprzęt należy dostarczyć, zamontować i uruchomić w terminie wymaganym: do 8 tygodni od dnia zawarcia umowy.
3. Wykonawca zobowiązany jest do bezwzględnego uzgodnienia z Zamawiającym terminu dostawy sprzętu.
4. Oferowany Sprzęt musi być oznakowany znakiem CE i posiadać ważną deklarację zgodności CE.
5. Sprzęt wymagany fabrycznie nowy. Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondukcjonowanych , po demonstracyjnych , itp.

### II. OPIS TECHNICZNY – WARUNKI GRANICZNE OFEROWANEGO SPRZĘTU Inhalator pneumatyczny szt.2

1. Nazwa producenta:

Medbryt Sp. z o.o.

2. Nazwa i typ Sprzętu:

Inhalator pneumatyczny Monsun 1 MP1

3. Kraj pochodzenia:

Polska

#### UWAGA!

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wiersze w kolumnie „Parametr oferowany”, przy czym:

- a) W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
- b) W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
- c) W przypadku, gdy Zamawiający wymaga określenia czy sprzęt posiada lub nie posiada danego parametru, Wykonawca winien wpisać odpowiednio TAK lub NIE;

Oferta Wykonawcy, który nie wpisze żadnej wartości odpowiednio liczbowej/słownej/sformułowania TAK lub NIE, w obrębie poszczególnych parametrów, wpisze wartość parametru powyżej maksimum lub poniżej minimum (w zależności od parametru) określonego przez

Zamawiającego lub wpisze, że sprzęt nie posiada parametru, w przypadku, gdy będzie on obligatoryjny, zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt 5 PZP.

| L.P.                    | OPIS PARAMETRU / WARUNKU   | Parametr wymagany | Parametr oferowany/<br>podać   | Parametr oceniany |
|-------------------------|--|-------------------|--|-------------------|
| I INFORMACJE OGÓLNE     |  |                   |  |                   |
| 1                       | Producent  | TAK, podać        | Medbryt Sp. z o.o.   | bez oceny         |
| 2                       | Kraj pochodzenia   | TAK, podać        | Polska   | bez oceny         |
| 3                       | Model  | TAK, podać        | Monsun 1 MP1   | bez oceny         |
| 4                       | Rok produkcji nie starszy niż 2023   | TAK, podać        | TAK Rok produkcji nie starszy niż 2023   | bez oceny         |
| II PARAMETRY PODSTAWOWE |  |                   |  |                   |
| 1                       | Inhalator pneumatyczny z wbudowanym modulem pulsacji aerozolu przeznaczony do użytkowania w szpitalu, przystosowany do pracy ciągłej                   | TAK, podać        | TAK Inhalator pneumatyczny z wbudowanym modulem pulsacji aerozolu przeznaczony do użytkowania w szpitalu, przystosowany do pracy ciągłej                   | Wymagane          |
| 2                       | Przejrzysty panel sterujący  | TAK, podać        | TAK Przejrzysty panel sterujący  | Wymagane          |
| 3                       | Możliwość rozpylania wszystkich rodzajów leków wziewnych   | TAK, podać        | TAK Możliwość rozpylania wszystkich rodzajów leków wziewnych   | Wymagane          |
| 4                       | Precyzyjne podawanie aerozolu  | TAK, podać        | TAK Precyzyjne podawanie aerozolu  | Wymagane          |
| 5                       | Funkcja odliczania czasu trwania zabiegu   | TAK, podać        | TAK Funkcja odliczania czasu trwania zabiegu   | Wymagane          |
| 6                       | Automatyczne wyłączanie inhalatora po zakończonym zabiegu  | TAK, podać        | TAK Automatyczne wyłączanie inhalatora po zakończonym zabiegu  | Wymagane          |
| 7                       | Możliwość programowania zabiegu inhalacji - zapamiętania ustawień na konkretnym programie, dzięki czemu można w łatwy i szybki sposób rozpocząć zabieg | Tak               | TAK Możliwość programowania zabiegu inhalacji - zapamiętania ustawień na konkretnym programie, dzięki czemu można w łatwy i szybki sposób rozpocząć zabieg | Wymagane          |
| 8                       | Wibroaerozol – wbudowany moduł pulsacji aerozolu   | Tak               | TAK Vibroaerozol – wbudowany moduł pulsacji aerozolu   | Wymagane          |
| 9                       | Wydajność sprężarki min. 15 l/min  | Tak               | TAK Wydajność sprężarki 15,5 l/min   | Wymagane          |
| 10                      | Maksymalne ciśnienie max. 3,5 bar  | Tak               | TAK Maksymalne ciśnienie 3,2 bar   | Wymagane          |
| 11                      | Waga max. 7 kg   | Tak               | TAK Waga 6,4 kg  | Wymagane          |
| 12                      | Wymiary max. 350x240x135 mm.   | Tak               | TAK Wymiary max. 345x237x130 mm.   | Wymagane          |

|    |   |     |  |          |
|----|---|-----|--|----------|
| 13 | Nebulizator min. 1 sztuka                               | Tak | TAK Nebulizator 1 sztuka                               | Wymagane |
| 14 | Maska dla dorosłych min. 1 sztuka                       | Tak | TAK Maska dla dorosłych 1 sztuka                       | Wymagane |
| 15 | Ustnik z zaworkiem – min. 1 sztuka                      | Tak | TAK Ustnik z zaworkiem – 1 sztuka                      | Wymagane |
| 16 | Końcówka nosowa dla ustnika z zaworkiem – min. 1 sztuka | Tak | TAK Końcówka nosowa dla ustnika z zaworkiem – 1 sztuka | Wymagane |
| 17 | Zawór oszczędzania leku min. 1 sztuka                   | Tak | TAK Zawór oszczędzania leku 1 sztuka                   | Wymagane |
| 18 | Przewód powietrza (min. 1 m) - min. 1 sztuka            | Tak | TAK Przewód powietrza ( 1 m) - 1 sztuka                | Wymagane |
| 19 | Przewód wibracji (min. 1 m) – min. 1 sztuka             | Tak | TAK Przewód wibracji ( 1 m) – 1 sztuka                 | Wymagane |
| 20 | Trójnik wibracji – min. 1 sztuka                        | Tak | TAK Trójnik wibracji – 1 sztuka                        | Wymagane |
| 21 | Filtr powietrza – min. 3 sztuki                         | Tak | TAK Filtr powietrza – 3 sztuki                         | Wymagane |
| 22 | Przewód zasilający – min. 1 sztuka                      | Tak | TAK Przewód zasilający – 1 sztuka                      | Wymagane |
| 23 | Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych             | Tak | TAK Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych        | Wymagane |
| 24 | Instrukcja w języku polskim                             | Tak | TAK Instrukcja w języku polskim                        | Wymagane |

| IV GWARANCJA I SERWIS |  |                         |  |           |
|-----------------------|--|-------------------------|--|-----------|
| 1                     | Oświadczenie (wraz z kopią deklaracji zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważne deklaracje zgodności CE  | TAK, załączyć do oferty | TAK  | bez oceny |
| 2                     | Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – załączyć przy dostawie sprzętu.   | TAK                     | TAK Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – załączyć przy dostawie sprzętu.   | bez oceny |
| 3                     | Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż 24 miesiące oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla oferowanego urządzenia (podać)             | TAK                     | TAK Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres 24 miesięcy oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla oferowanego urządzenia                                     | bez oceny |
| 4                     | Wykonanie nieodpłatne obowiązkowych przeglądów w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty nie rzadziej niż raz w roku | TAK                     | TAK Wykonanie nieodpłatne obowiązkowych przeglądów w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty nie rzadziej niż raz w roku | bez oceny |
| 5                     | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail.  | TAK, podać              | Medbryt Sp. z o.o.<br>ul. Cylichowska 3<br>04-769 Warszawa<br><a href="mailto:office@medbryt.pl">office@medbryt.pl</a><br>22 846 55 94   | bez oceny |
| 6                     | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 7 dni roboczych.  | TAK, podać              | TAK Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji do 7   | bez oceny |

|    |  |            |  |           |
|----|--|------------|--|-----------|
|    |  |            | dni roboczych.   |           |
| 7  | Paszport techniczny (dostarczyć wraz z urządzeniem)  | Tak        | TAK Paszport techniczny (dostarczany wraz z urządzeniem)   | bez oceny |
| 8  | Szkolenie wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji.                    | Tak        | TAK Szkolenie wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji.                    | bez oceny |
| 9  | Czas reakcji serwisu do 72 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | TAK, podać | TAK Czas reakcji serwisu do 72 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | bez oceny |
| 10 | Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu.              | TAK, podać | TAK Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu.                      | bez oceny |
| 11 | W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego typu ( techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe.   | TAK, podać | TAK W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego typu ( techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe.   | bez oceny |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (Sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest fabryczne nowe, kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług.

Bielsko-Biała 09.02.2024r.  
miejscowość i data

Formularz podpisany przy pomocy podpisu elektronicznego  
dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,  
Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF