|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** **Dostawa, instalacja i uruchomienie stołu operacyjnego (1 sztuka) z wyposażeniem wraz ze szkoleniem personelu**  |

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 „<=”, „min.” lub „max.”) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
* Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* W kolumnie „Lokalizacja w materiałach firmowych potwierdzenia parametru [str w ofercie, plik]” w przypadku wyrażenia "nie dotyczy" potwierdzenie w materiałach firmowych nie jest konieczne, natomiast w pozostałych przypadkach wykonawca winien w tej kolumnie wskazać, gdzie w materiałach firmowych znajduje się parametr zadeklarowany w kolumnie "parametr oferowany".
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji nie wcześniej niż 2023), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* Brak potwierdzenia w materiałach firmowych zakresu większego niż wymagany, pomimo jego wskazania w kolumnie „Parametr oferowany”, spowoduje nie przyznanie punktów za ten parametr.

**TABELA WYCENY:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Przedmiot zamówienia**  | **Liczba szt.** | **Cena (brutto** **w zł)** |
| 1. | Cena brutto\* za stół operacyjny (ogólnochirurgiczny) z wyposażeniem | 1 |  |
| 2. | Cena brutto\* za dostawę, instalację i uruchomienie całego sprzętu wraz ze wszystkimi szkoleniami personelu |  |
| **Razem – suma poz. 1-2:** (suma cen za cały sprzęt i cen za dostawę, instalację i uruchomieniem całego sprzętu i wszystkich szkoleń personelu) |  |

*\* jeżeli wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, należy podać cenę netto.*

Nazwa i typ: ...............................................................................

Producent / kraj produkcji: ........................................................

Rok produkcji (min. 2023): …....................................................

Klasa wyrobu medycznego.............................

|  |
| --- |
| **PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr wymagany** | **Parametr wymagany / wartość** | **Parametr oferowany** | **Lokalizacja w materiałach firmowych potwierdzenia parametru [str. w ofercie, plik]** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Stół operacyjny ogólnochirurgiczny mobilny na podstawie jezdnej z min. 4 podwójnymi lub pojedynczymi kołami oraz dodatkowym 5 pojedynczym kołem kierunkowym  | Tak, podać |  |  | Stół z 4 pojedynczymi kołami z dodatkowym 5 kołem kierunkowym - 2 pkt.Stół z 4 podwójnymi kołami i 5 dodatkowym - 0 pkt. |
|  | Wymiary stołu: długość – min. 196 [cm], szerokość z szynami bocznymi: min. 55 [cm] | Tak |  |  | - - - |
|  | Konstrukcja blatu modułowa pozwalająca na dobór odpowiedniej konfiguracji i długości blatu w zależności od rodzaju zabiegu | Tak/Nie |  |  | Tak - 5 pkt.Nie - 0 pkt. |
|  | Konstrukcja modularna, umożliwiająca zamianę części plecowej z częścią podnóżków oraz instalację elementów plecowych i nożnych o różnych kształtach i wymiarach | Tak/Nie |  |  | Tak - 5 pkt.Nie - 0 pkt. |
|  | Napęd stołu elektrohydrauliczny i/ lub elektromechaniczny | Tak |  |  | - - - |
|  | Stół blokowany do podłoża :- za pomocą elektrohydraulicznych/ elektromechanicznych stopek lub - za pomocą centralnego hamulca  | Tak |  |  | - - - |
|  | Podstawa (kształt i konstrukcja) ułatwiająca personelowi medycznemu dostęp do pacjenta ze wszystkich stron. | Tak |  |  | - - - |
|  | System autokompensacji nierówności podłoża, automatycznie niwelujący nierówności podłoża lub samo stabilizujące się koła. | Tak/Nie |  |  | Tak - 5 pkt.Nie - 0 pkt. |
|  | Stół wyposażony w pilot sterujący wyposażony w dotykowy, ciekłokrystaliczny ekran.  | Tak |  |  | - - - |
|  | Blat stołu przezierny dla promieniowania RTG -przystosowany do monitorowania ramieniem C. Brak umiejscowienia poprzeczek wzmacniających mogących przesłaniać obraz RTG, dopuszcza się częściową nieprzezierność segmentu przedłużenia pleców lub zagłówka | Tak |  |  | - - - |
|  | Możliwość ułożenia pacjenta w kilku pozycjach, min.:* leżącej,
* siedzącej,
* bocznej
 | Tak |  |  | - - - |
|  | Blat stołu dzielony na min. 5 segmentów:* podgłówek – odłączany, z możliwością podwójnej regulacji kąta ustawienia głowy,
* segment plecowy,
* siedzisko,
* segment nożny dzielony 2 częściowy
 | Tak |  |  | - - - |
|  | Zakres elektrohydraulicznej lub elektromechanicznej regulacji segmentu nóg w zakresie min. -90°/+90° | Tak |  |  | - - - |
|  | Podgłówek regulowany manualnie w dwóch płaszczyznach za pomocą dźwigni odpowiadających za poszczególne osie/płaszczyzny lub wypiętrzenie wspomagane sprężyną gazową. Zakres regulacji podgłówka w zakresie min. ( -30 /+45 ˚) | Tak |  |  | - - - |
|  | Regulacja wysokości w zakresie min. od 58 do 114 cm lub min. od 59,8cm do 114,8 cm | Tak, podać |  |  | - - - |
|  | Możliwość opuszczenia stołu do 66 cm nad podłogą lub niżej  | Tak, podać |  |  | Poniżej 66 cm - 5 pkt.66 cm - 0 pkt |
|  | Regulacja nachylenia wzdłużnego (pozycja Trendelenburga, anty-Trendelenburg) w zakresie min. - 30° do +30° | Tak |  |  | - - - |
|  | Regulacja nachyleń bocznych w zakresie min. 20**°** w obie strony | Tak |  |  | - - - |
|  | Automatycznie ustawiana pozycja „0” lub stół operacyjny z możliwością powrotu do „pozycji 0” za pomocą jednego przycisku | Tak |  |  | - - - |
|  | Regulacja nachylenia płyty plecowej w zakresie min. -90° do +90° | Tak |  |  | - - - |
|  | Przesuw wzdłużny blatu min. 380 [mm]  | Tak |  |  | - - - |
|  | Ruchome przedłużenie części pleców umożliwiające wypiętrzenie klatki piersiowej sterowane z pilota lub regulowane ręcznie | Tak |  |  | - - - |
|  | Funkcje blatu stołu do pozycji „flex” i „reflex” realizowane za pomocą jednego przycisku, po wybraniu tej funkcji na pilocie | Tak |  |  | - - - |
|  | Układ sterowania ruchami blatu zapewniający płynną ich regulację i wysoką stabilność pozycjonowania | Tak |  |  | - - - |
|  | System antykolizyjny, zabezpieczający przed kolizją elementów blatu oraz niepozwalający na uderzenie elementem blatu o podłoże (system zatrzymujący ruch w przypadku możliwego wystąpienia kolizji) | Tak/Nie |  |  | Tak - 5 pkt.Nie - 0 pkt. |
|  | Materace przeciwodleżynowe, demontowane, odporne na środki dezynfekcyjne, zespalane bezszwową metodą, o grubości min. 60 [mm]. Materac z funkcją pamięci kształtu  | Tak |  |  | - - - |
|  | Materac z funkcją zabezpieczenia pacjenta przed wychłodzeniem | Tak |  |  | - - - |
|  | Zasilanie stołu akumulatorowe z wbudowanym układem – wskaźnik stanu naładowania baterii na panelu bocznym stołu lub podstawie stołu. | Tak |  |  | - - - |
|  | Szyny sprzętowe ze stali nierdzewnej o przekroju 10 x 25 [mm] wzdłuż wszystkich segmentów blatu, po obu stronach stołu  | Tak |  |  | - - - |
|  | Możliwość pracy z sieci 230 [V] w trybie awaryjnym | Tak |  |  | - - - |
|  | Dopuszczalne obciążenie stołu – min. 350 [kg] | Tak |  |  | Powyżej 350 kg. - 3 pkt.350 kg - 0 pkt. |
|  | Max. waga pacjenta umożliwiająca użycie stołu w dowolnym położeniu – min. 225 [kg] | Tak |  |  | Powyżej 225 kg. - 3 pkt.225 kg - 0 pkt. |
|  | Elementy blatu stołu (segmenty blatu) oraz wyposażenie kompatybilne z posiadanym przez Zamawiającego stołem operacyjnym TS 7000Możliwość zastosowania posiadanych przez Zamawiającego segmentów: uniwersalnego, urologicznego oraz górnego oparcia pleców. | Tak |  |  | - - - |

|  |
| --- |
| **WARUNKI GWARANCJI, SERWISU I SZKOLENIA DLA WSZYSTKICH OFEROWANYCH URZĄDZEŃ** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PARAMETR** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres gwarancji dla urządzeń i wszystkich ich składników [liczba miesięcy] *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 również, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 5 lat.* | ≥ 24Tak/podać |  | Najdłuższy okres – 10 pkt.,Inne – proporcjonalnie mniej (względem najdłuższej zaoferowanej gwarancji) |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat | Tak |  | - - - |
|  | W przypadku, gdy w ramach gwarancji następuje wymiana sprzętu na nowy/dokonuje się istotnych napraw sprzętu/wymienia się istotne części sprzętu (podzespołu itp.) termin gwarancji biegnie na nowo. W przypadku zaś innych napraw przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać w pełni sprawnego sprzętu. | Tak |  | - - - |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta). W cenie oferty obowiązkowy przegląd z końcem biegu gwarancji | TAK, podać liczbę przeglądów w okresie gwarancji |  | - - - |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym ponowne podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego | TAK |  | - - - |
|  | Czas reakcji: „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =< 2 dni robocze | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok  | TAK |  | - - - |
|  | Wymiana każdego podzespołu na nowy po trzech nieskutecznych próbach jego napraw gwarancyjnych | TAK |  | - - - |
|  | Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 12 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii. | TAK |  | - - - |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość gwarancji realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać przy dostawie wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności) | TAK |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** |  |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia min: 2 osoby.  | TAK |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego (min. 2 osoby) z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, i diagnostycznych  | TAK |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej. | TAK |  | - - - |
|  | Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji  | TAK |  | - - - |
|  | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający 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 dla zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy), dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów 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 |  | - - - |