***Załącznik Nr 2 do SWZ. Część 2***

***(Załącznik nr 2 do Umowy)***

**Opis przedmiotu zamówienia**

1. Przedmiotem zamówienia jest: **dostawa sprzętu i aparatury medycznej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poz. nr | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość |
|  | | |
| 1 | Fotel ginekologiczny | 1 szt. |

1. Zaoferowana aparatura musi posiadać wymagane świadectwa i certyfikaty oraz oznakowanie przewidziane zapisami Ustawy o Wyrobach Medycznych świadczące o wymaganym dopuszczeniu do stosowania i obrotu na terenie Polski tj. certyfikat CE i deklarację zgodności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych lub równoważne wynikające z rodzaju oraz przeznaczenia.
2. Zaoferowana aparatura/ aparatura medyczna musi być kompletna i gotowa do użytkowania bez dodatkowych zakupów.
3. Gwarancja – 24 miesięcy od daty protokolarnego odbioru końcowego bez uwag.
4. W okresie gwarancji Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązuje się do:

wykonywania okresowych przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Każdorazowy okresowy przegląd techniczny musi odbyć się w ściśle określonym terminie. Niewykonanie okresowego przeglądu technicznego w wyznaczonym czasie skutkuje wydłużeniem pełnego zakresu gwarancyjnego o jeden miesiąc za każdy dzień zwłoki oraz dodatkowo przysługiwać będzie jedna naprawa, której całkowity koszt będzie po stronie Wykonawcy.

przystąpienie do usunięcia awarii w terminie nie przekraczającym 24 godzin od zgłoszenia przez Zamawiającego. Za przystąpienie do usunięcia awarii Zamawiający uzna działanie Wykonawcy, które ma doprowadzić do usunięcia awarii lub rozpoczęcia diagnozy uszkodzenia w drodze telefonicznego wywiadu technicznego, serwisu zdalnego lub wizyty osobistej pracownika działu serwisu Wykonawcy. Czas usunięcia awarii przez Wykonawcę wynosi 48 godzin od jej zgłoszenia przez Zamawiającego. W przypadku gdy naprawa awarii wymaga sprowadzenia części spoza granic kraju, termin może ulec wydłużeniu, lecz nie dłużej niż do 5 dni roboczych. W przypadku niemożliwości dochowania terminu naprawy Wykonawca obowiązany jest do dostarczenia sprzętu zastępczego, o nie gorszych parametrach niż będący przedmiotem umowy na czas wykonania skutecznej naprawy.

dostarczenia fabrycznie nowego urządzenia w przypadku wystąpienia trzykrotnie tej samej awarii.

przekazania Zamawiającemu, po każdej planowej czynności serwisowej oraz każdej naprawie, raportu serwisowego zawierającego opis wykonanych czynności serwisowych lub opis wykonanej naprawy z określeniem zużytych do naprawy części oraz określeniem czasu trwania naprawy serwisowej lub czynności serwisowej.

1. Po zakończonym okresie gwarancyjny Wykonawca zobowiązany jest udostępnić Zamawiającemu wymaganą dokumentację serwisową wraz z kodami serwisowymi (jeśli dotyczy), umożliwiającą wykonanie okresowego przeglądu technicznego zgodnie z zaleceniami producenta.
2. Wszelkie czynności serwisowe muszą być realizowane przez podmiot upoważniony przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności, zgodnie z art. 90 Ustawy o wyrobach medycznych. W związku z powyższym Wykonawca przy dostawie załączy wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności serwisowych.
3. Przedmiot zamówienia musi być oznakowany przez producenta w taki sposób, aby możliwa była identyfikacja zarówno produktu jak i producenta.
4. Opis oferowanych urządzeń nie powinien budzić żadnej wątpliwości Zamawiającego. Z opisu powinno wynikać, że oferowany przedmiot zamówienia jest o takich samych parametrach, jaki wymaga Zamawiający lub parametrach lepszych poprzez dokładne wskazanie zaoferowanych parametrów wg punktów wyszczególnionych przez Zamawiającego w zestawieniu wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych.
5. Zamawiający ma prawo do sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów techniczno – użytkowych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym również poprzez zwrócenie się o złożenie dodatkowych wyjaśnień do Wykonawcy.

***Faktura dostarczona w dniu realizacji zamówienia.***

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część 1** | | | | | |
| **Fotel ginekologiczny**  **model / typ: ……………………………**  **producent: ……………………………**  **kraj pochodzenia: ……………………** | | | | | |
| **Rok produkcji: ………………………** | | | | | |
| ***Lp.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1. **Wymogi formalne** | | | | | |
| 1. | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie medyczne do obrotu i używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022. (Dz. U z 2022 r. poz. 974 i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 (deklaracja zgodności UE) lub równoważne wynikające z rodzaju oraz przeznaczenia | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wymagania podstawowe** | | | | | |
|  | Fotel ginekologiczny o konstrukcji opartej na min. dwóch kolumnach o przekroju koła. Podstawa fotela zabudowana z jednolitej wyprofilowanej płyty tworzywowej. | Tak |  |  | **Tak**  **2 kolumny – 10 pkt.**  **>2 – 0 pkt**. |
|  | Fotel o wymiarach leża: szer. 630mm (+/- 100mm), dł. 1750 mm (+/-100mm) | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja elektryczna wysokości w zakresie minimum od 615 do 900 mm | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja elektryczna oparcia pleców w zakresie od – 120 do + 500  +/- 100 | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja elektryczna siedziska w zakresie od +50 do + 150 +/- 100 | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacje elektryczne za pomocą centralnego panelu sterowania służące do regulacji:   * Wysokości * Kąta nachylenia segmentu pleców * Kąta nachylenia siedziska * Kąta nachylenia podnóżków   Pozycje zaprogramowane w jednym przycisku:   * Wypoziomowanie leża * Pozycja do badań * Pozycja do ułożenia pacjentki * Pozycja antyszokowa/Trendelenburga (oznaczony charakterystycznie kolorem czerwonym) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Funkcje panelu sterowania:   * Diodowy wskaźnik podłączenia do sieci elektrycznej * Przycisk deaktywujący sterowanie oznaczony charakterystycznie kolorem czerwonym * Wszystkie przyciski membranowe, wodoodporne * Pozycja antyszokowa/Trendelenburga działająca zawsze (pozycja wspomagająca procedury ratowania życia) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja wysuwania i chowania kół fotela. Fotel posiada możliwość łatwego przemieszczania przez jedną osobę.  Koło pod podwoziem ułatwiające transport i ustawienia fotela. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalne obciążenie min. 180 kg | Tak, podać |  |  | **Tak, podać**  **180 – 0 pkt.**  **>180 – 10 pkt.** |
|  | Uchwyt do przetaczania kompatybilny z uchwytem na rolkę papieru umieszczony z tyłu segmentu pleców. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Fotel wyposażony w materace bezszwowe zmywalne z możliwością wyboru koloru | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Fotel wyposażony w podnóżki z podporami pod stopy, podpórki z zintegrowanymi uchwytami na dłonie. Regulacja w pionie elektryczna. Regulacja w poziomie manualna. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Fotel wyposażony w :  - Miska ze stali nierdzewnej 2,4l z możliwością schowania pod siedziskiem,  - Podnóżek dla lekarza - mocowany do podstawy, składany pod siedziskiem przy pomocy ręki lub nogi. Podnóżek wyposażony w kółka ułatwiające ustawienie poprzez przesunięcie na podłodze pod odpowiednim katem preferowanym przez użytkownika | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracja zgodności | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | W celu potwierdzenia iż przedmiot zamówienia odpowiada wszystkim wymaganiom zamawiającego, wykonawca którego oferta zostanie oceniona najwyżej na wezwanie zamawiającego składa katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim, potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania** | | | | | |
|  | Okres gwarancji 24 miesięcy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji, w ramach zaoferowanej ceny, Wykonawca przeprowadzi okresowe przeglądy techniczne przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi przez producenta, łącznie z wymianą wszystkich zalecanych części i materiałów eksploatacyjnych. Okres gwarancyjny obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja dostępności autoryzowanego serwisu oraz części zamiennych po upływie okresu gwarancyjnego – nie mniej niż 7 lat licząc od daty jej zakończenia. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Uzupełniony paszport techniczny, podpisany przez uprawnionego serwisanta wraz z kartą gwarancyjną. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności CE z wymaganiami określonymi w dyrektywie 98/79/WE wydaną przez wytwórcę/ autoryzowanego przedstawiciela zgodnie z ww. ustawą o wyrobach medycznych – dotyczy urządzeń, które są wyrobami medycznymi lub równoważne wynikające z rodzaju oraz przeznaczenia.  Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostarczenie instrukcji obsługi, oprogramowania oraz dokumentacji technicznej w języku polskim, w wersji papierowej i elektronicznej – po 1 szt. w każdej z wersji. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szkolenie stanowiskowe w miejscu instalacji (potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem) | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na terenie kraju na oferowane urządzenie (załączyć stosowną autoryzację), podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu. | Tak |  |  | Bez punktacji |
| **Serwis gwarancyjny, lokalizacja:** | | | | | |
|  | **Pełna nazwa serwisu:** | | | | |
|  | **Adres:** | | | | |
|  | **Telefon:** | | | | |
|  | **e-mail:** | | | | |
|  | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności związanych z okresową konserwacją, obsługą serwisową, przeglądami, sprawdzaniem lub kontrolą bezpieczeństwa | *(podać)* | | | |
|  | Wykaz dostawców część zamiennych i zużywalnych oraz materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania przedmiotu zamówienia | *(podać)* | | | |
|  | Zgłoszenia awarii/ wad/ błędów/ usterek | *(podać)*  *Numer telefonu: ………………………………………………………..,*  *email: ………………………………………………………….…………* | | | |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać zakresy***

Wartości podane w rubrykach Parametr/Parametry wymagane stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty (nie dotyczy parametrów ocenianych, gdzie Wykonawca może wpisać „NIE”, nie otrzymując tym samym punktów).

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenie, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*