**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Znak sprawy: DZP.271.14.2024**

#### FORMULARZ OFEROWANEGO SPRZĘTU

#### Laktator szpitalny – 3 sztuki

**Wykonawca:**

…………………………………………

…………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności  
 od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

*(imię,nazwisko,stanowisko/podstawa  
do reprezentacji)*

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa **laktatora szpitalnego -** 3 sztuki, zwanej dalej „Urządzeniem", dla potrzeb Beskidzkiego Centrum Onkologii – Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku – Białej, Oddział Noworodkowy – Poradnia Laktacyjna   
   w Szpitalu przy ul. Wyspiańskiego 21.
2. Wymogi medyczne i warunki techniczne przedmiotu zamówienia Zamawiający podał poniżej   
   w niniejszym załączniku do SWZ.
3. Przedmiot zamówienia obejmuje w szczególności:
4. Dostawę, szkolenie i montaż urządzeń w miejscu dostawy.
5. Udzielenie gwarancji, jakości dla nowych Urządzeń na okres nie krótszy niż 3 lata (36 miesięcy) oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.
6. Zapewnienie w cenie oferty serwisu i obowiązkowych przeglądów przez cały okres gwarancji i rękojmi dla laktatora, wykonywanych zgodnie z zaleceniami producenta i wymogami przepisów prawnych , ale nie rzadziej niż raz do roku , potwierdzonymi wpisem do paszportu technicznego urządzeia.
7. Dostarczenie instrukcji obsługi (w języku polskim) oraz przeprowadzenie szkolenia (w języku polskim) minimum 3 pracowników użytkownika w zakresie obsługi i eksploatacji dostarczonych urządzeń w miejscu dostawy.
8. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
9. Sprzęt należy dostarczyć, zmontować i uruchomić w terminie wymaganym: **do 6 tygodni od podpisania Umowy.**
10. Wykonawca zobowiązany jest do bezwzględnego uzgodnienia z Zamawiającym terminu dostawy Urządzeń.
11. Oferowany Sprzęt musi być oznakowany znakiem CE i posiadać ważną deklarację zgodności CE.
12. Sprzęt wymagany fabrycznie nowy. Rok produkcji 2024. Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondycjonowanych , po demonstracyjnych , itp.
13. Nazwa producenta:

……………………………………………………………………………………………………….

1. Nazwa i typ Sprzętu: ………………………………………………………………………….
2. Kraj pochodzenia: ………………………………………………………………………………..
3. Rok produkcji: ……………………………

**UWAGA!**

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

1. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
2. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
3. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga określenia czy urządzenie posiada  
   lub nie posada 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 urządzenie nie posiada parametru, w przypadku, gdy będzie on obligatoryjny, zostanie odrzucona na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 *ustawy Pzp* jako oferta, której treść nie odpowiada treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany/ podać** | **Parametr**  **oceniany** |
| 1. **Parametry podstawowe** | | | | |
| 1 | **Laktator, elektryczny, sieciowy na stojaku jezdnym.** | TAK |  | Bez oceny |
| 2 | Zapewniający separację mediów zabezpieczającą przedostaniu się mleka do środka modułu laktatora. | TAK |  | Bez oceny |
| 3 | Górny uchwyt do wygodnego transportu laktatora. | TAK |  | Bez oceny |
| 4 | **Stojak jezdny wyposażony w min. jeden uchwyt na min. dwie butelki.** | TAK |  | Bez oceny |
| 5 | Praca laktatora sterowana przez kartę z chipem. | TAK |  | Bez oceny |
| 6 | Wyświetlacz LCD z komunikatami trybu pracy  w języku polskim oraz graficznymi symbolami siły podciśnienia. | TAK |  | Bez oceny |
| 7 | Membrany tłoków zabezpieczone pokrywą dla zapewnienia pełnej higieny i bezpieczeństwa odciągania. | TAK |  | Bez oceny |
| 8 | Posiadający dwa programy działania - program inicjacji do stymulacji laktacji oraz program utrzymania laktacji w technologii zapewniającej naśladowanie naturalnego rytmu ssania dziecka . | TAK |  | Bez oceny |
| 9 | 3 różne fazy pracy w trybie inicjacji i 2 różne fazy pracy w trybie utrzymania. | TAK |  | Bez oceny |
| 10 | Możliwość włączenia programu inicjacji i utrzymania laktacji jednym przyciskiem. | TAK |  | Bez oceny |
| 11 | Płynna regulacja podciśnienia w zakresie min. od -50 do -250 mmHG i szybkość pracy w zakresie min. od 54 do 120 zassań na minutę. | TAK |  | Bez oceny |
| 12 | Waga modułu laktatora nie większa niż 2,9 kg (bez stojaka). | TAK |  | Bez oceny |
| 1. **SZKOLENIA** | | | | |
| 1 | Nieodpłatne przeszkolenie personelu w zakresie poprawnej  i bezpiecznej eksploatacji Sprzętu (minimum 3 pracowników). | TAK |  | bez oceny |
| 1. **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 |  | bez oceny |
| 2 | Wyrób medyczny, klasy IIa, przeznaczony do użytku szpitalnego przez wiele pacjentek. | TAK |  | bez oceny |
| 3 | Instrukcja obsługi w języku polskim – 2 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – **załączyć przy** **dostawie urządzenia.** | TAK |  | bez oceny |
| 4 | Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż **36 miesięcy** i oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla urządzenia z wyłączeniem akcesoriów zużywalnych dla których Zamawiający wymaga 12 miesięcznego okresu gwarancji  **(podać)** | TAK, podać |  | bez oceny |
| 5 | Wykonanie nieodpłatne obowiązkowych przeglądów w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty. | TAK |  | bez oceny |
| 6 | Autoryzowany serwis gwarancyjny osobiście lub przez podmiot określony w art. 90 (Rozdział 11 – używanie i utrzymywanie wyrobów) ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. Nr 107 poz. 679 z późn zm.), w okresie udzielony Zamawiającemu gwarancji i rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji. | TAK |  | bez oceny |
| 7 | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail. | TAK |  | bez oceny |
| 8 | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć **5 dni** roboczych. | TAK |  | bez oceny |
| 9 | Czas reakcji serwisu do **72 godzin** w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | TAK |  | bez oceny |
| 10 | Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu. | TAK |  | bez oceny |
| 11 | W okresie gwarancji 3 naprawy gwarancyjne tego samego typu ( techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe. | TAK |  | bez oceny |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Na wezwanie Zamawiającego dokumentacja (oficjalne dokumenty firmowe, dane techniczne) potwierdzająca wartości podane dla warunku/parametru wymaganego w załączniku nr 5 do swz - w przypadku kiedy oferowany przedmiot zamówienia będzie budził wątpliwości co do wymagań stawianych przez Zamawiającego w swz

Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie „Parametr oferowany” będzie traktowane, jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia 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 medycznych.

..................................................................

miejscowość i data

**Formularz podpisany przy pomocy podpisu elektronicznego**

dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,

podpisem zaufanym lub osobistym;

Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF