|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **Część 4 - Diatermia chirurgiczna – 1 szt.**Realizacja zadania w ramach programu „Zakup sprzętu i aparatury” poprzez zakup sprzętu i aparatury dla ośrodków przeszczepiających nerki z największą aktywnością transplantacyjną. |

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 ma obowiązek w tej kolumnie wskazania, 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 2024), 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.

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

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

Rok produkcji (min. 2024): ....................................................

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

**Tabela wyceny:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Przedmiot zamówienia**  | **Ilość (liczba sztuk)** | **A: Cena brutto\* za cały sprzęt (w zł)** |
| 1. | **Diatermia chirurgiczna** | **1** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **B: Cena brutto\* dostawy, instalacji i uruchomienia całego sprzętu (w zł):** |  |
|  | **C: Cena brutto\* za Szkolenie personelu (w zł):** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A+ B + C: Cena brutto\* oferty (w zł):** |  |

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr wymagany** | **Parametr wymagany / wartość** | **Parametr oferowany** | **Lokalizacja w mat. firmowych potwierdzenia parametru [str. w ofercie, plik]** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Diatermia mono i bipolarna | Tak |  |  | ---------------------- |
|  | Wyświetlacz kolorowy do komunikacji aparat-użytkownik | Tak |  |  | ---------------------- |
|  | Integracja urządzeń chirurgicznych diatermia, przystawka do koagulacji w osłonie argonu, odsysacz dymu z pola operacyjnego) w jednolity system sterowany z tej samej jednostki sterującej | Tak |  |  | ---------------------- |
|  | Możliwość współpracy z preparatorem tkanek miękkich będącego w posiadaniu Zamawiającego za pomocą strumienia cieczy z możliwością zamontowania diatermii na jednej platformie jezdnej | Tak |  |  | ---------------------- |
|  | Bipolarna funkcja zapewniająca prąd odpowiedni do optymalnej termofuzji naczyń oraz struktur tkankowych, włącznie z automatycznym dopasowaniem mocy wyjściowej do właściwości fizykochemicznych tkanek z funkcją automatycznego zakończenia aktywacji | Tak |  |  | ---------------------- |
|  | Rozpoznawanie podłączonych instrumentów do zamykania naczyń i automatyczne dobieranie optymalnych parametrów pracy | Tak |  |  | ---------------------- |
|  | Pamięć minimum 30 programów i zapisywanie ich. | Tak, podać |  |  |  = 30 programów - 0 pkt.˃30 programów - 10 pkt. |
|  | Zmiana programu przy pomocy włącznika nożnego i z uchwytu monopolarnego | Tak, podać |  |  | Sam włącznik nożny - 0 pkt.Włącznik plus przełącznik - 10 pkt. |
|  | Uruchamianie funkcji monopolarnych i bipolarnych przy użyciu włącznika nożnego | Tak |  |  | ----------------------- |
|  | Oprogramowanie do obsługi systemu w języku polskim, wyświetlanie komunikatów, kodów błędu z opisem tekstowym w języku polskim | Tak |  |  | ---------------------- |
|  | Ilość gniazd przyłączeniowych wymiennych:Monopolarne - min. 1Bipolarne - min. 2Bierne -min. 1Aparat powinien umożliwiać bezpośrednie podłączenie narzędzi monopolarnych w systemie wtyczek jednopinowym o śr. 5mm i 4mm oraz trzypinowym (bez dodatkowych adapterów)Aparat powinien umożliwiać bezpośrednie podłączenie narzędzi bipolarnych w systemie wtyczek jedno i dwupinowych o rozstawie 22 i 28,5 mm (bez dodatkowych adapterów)Gniazdo neutralne do podłączenia dwóch różnych typów kabli 2 PIN  oraz 1 pin Ø 6,35 mm | Tak, podać |  |  | ---------------------- |
|  | Diatermia z gniazdem wielofunkcyjnym MF obsługującym wyposażenie z wtyczkami 5 kłowymi do zamykania dużych naczyń  | Tak |  |  | ---------------------- |
|  | Moc cięcia monopolarnego max 300 W | Tak |  |  | ---------------------- |
|  | Minimum 3 rodzaje cięcia monopolarnego w tym jedno do pracy w środowisku wodnym. | Podać |  |  | ---------------------- |
|  | Ilość efektów (głębokości) koagulacji możliwych do uzyskania podczas cięcia monopolarnego dla każdego z trybów min. 4 | Tak, podać |  |  | ---------------------- |
|  | Minimum cztery rodzaje koagulacji monopolarnej | Podać |  |  | ---------------------- |
|  | Możliwość min. 2-stopniowej regulacji intensywności działania koagulacji dla każdego rodzaju koagulacji - nie dotyczy regulacji mocy | Tak, podać |  |  | =2 programów - 0 pkt.˃2 programów - 10 pkt. |
|  | Cięcie bipolarne o mocy min. 370 W w roztworze soli fizjologicznej dla 8 efektów hemostatycznych | Podać |  |  | ---------------------- |
|  | Koagulacja bipolarna w roztworze soli fizjologicznej min. 200W dla 8 efektów hemostatycznych | Tak |  |  | ---------------------- |
|  | Koagulacja bipolarna z funkcją Autostart z regulacją czasu opóźnienia | Podać |  |  | ---------------------- |
|  | Koagulacja bipolarna z funkcją Autostartu  | Tak |  |  | ---------------------- |
|  | Włącznik nożny podwójny, z przyciskiem ReMode wodoodporny (do dezynfekcji) 1 szt. | Podać |  |  | ---------------------- |
|  | Przystawka argonowa obsługiwana z panelu diatermii  | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Gniazdo do połączenia instrumentów argonowych z filtrem mebranowym będących w posiadaniu Zamawiającego | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Rozpoznawanie przyłączonych instrumentów argonowych i automatyczne dobieranie parametrów przepływu argonu. | Podać |  |  | ---------------------- |
|  | Regulacja przepływu argonu w zakresie min. 0,1 – 8,0 l / min. | TAK |  |  | ---------------------- |
|  | Minimum 3 różne rodzaje / tryby cięcia w osłonie argonu | Podać |  |  | ---------------------- |
|  | Minimum 3 różne rodzaje / tryby koagulacji argonowej | Tak |  |  | ---------------------- |
|  | **Wyposażenie:** |  |  |  |  |
|  | Kleszcze do zamykania dużych naczyń, wielorazowego użytku, zakrzywione 18°, okładki gładkie, długość 200mm, z kablem przyłączeniowym o długości 4 m i wtyczką MF – 1szt. | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Kleszcze do zamykania dużych naczyń, wielorazowego użytku, zakrzywione 18°, okładki gładkie, długość 270 mm w zabiegach chirurgii otwartej, z kablem przyłączeniowym o długości 4 m i wtyczką MF – 1szt. | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Kleszcze do zamykania dużych naczyń, wielorazowego użytku, zakrzywione25°, okładki gładkie, długość 280 mm z kablem przyłączeniowym o długości 4 m i wtyczką MF – 1szt. | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Instrument do cięcia i zamykania naczyń do zabiegów otwartych zakrzywiony 17 mm, długość 200 mm - 10 sztuk | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Uchwyt elektrod monopolarnych jednorazowego użytku, z 2 przyciskami, elektrodą szpatułkową, kablem przyłączeniowym o długości 3 m – 50 szt. | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Uchwyt elektrod monopolarnych jednorazowego użytku, z 2 przyciskami, elektrodą igłową, kablem przyłączeniowym o długości 3 m – 50 szt. | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Elektroda szpatułkowa, prosta, 2,3 x 19 mm, długość 120 mm, - 50 szt. | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Elektroda igłowa, prosta, ø 0,8 x 15 mm, długość 120 mm – 50 szt. | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Pinceta bipolarna, prosta, końcówki 2 mm, tępe, długość 230 mm, typu premium. – 10 sztuk | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Bipolarny kabel przyłączeniowy, 2 PIN rozstaw 28 mm – 10 szt. | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Kabel elektrod neutralnych dł. 4m - 2szt. | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Reduktor do butli z argonem – 1szt. | tak |  |  | ---------------------- |
|  | Wózek pod aparaturę – 1szt. | tak |  |  | ---------------------- |
|  | **ASPEKTY ŚRODOWISKOWE, SPOŁECZNE I INNOWACYJNE** |  |  |  |  |
|  | Tryb niskiego poboru mocy [kW/h] | podać |  | Nie dotyczy | Tak – 1 pkt., Nie – 0 pkt. |
|  | Instrukcja obsługi zawierająca wskazówki zarządzania wydajnością i energooszczędnością urządzenia | podać |  | Nie dotyczy | Tak – 1 pkt., Nie – 0 pkt. |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego i technicznego również w zakresie efektywności energetycznej urządzenia | podać |  | Nie dotyczy | Tak – 1 pkt., Nie – 0 pkt. |
|  | Certyfikaty producenta potwierdzające wprowadzenie systemu zarządzania produkcji zgodnego z dyrektywami i/lub normami dotyczącymi ekologii, energooszczędności | podać |  | Nie dotyczy | Tak – 1 pkt., Nie – 0 pkt. |
|  | Możliwość automatycznego przechodzenia urządzenia w tryb czuwania/niskiego poboru mocy | podać |  | Nie dotyczy | Tak – 1 pkt., Nie – 0 pkt. |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PARAMETR** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJA, SERWIS** | Parametr wymagany | PARAMETR OFEROWANY | SPOSÓB OCENY |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów ~~(min. 24 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, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 5 lat.* | ≥24Tak/podać |  |  Najdłuższy okres – 10 pkt, Inne – proporcjonalnie mniej (względem najdłuższej zaoferowanej gwarancji) |
|  | 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 |  | --- |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat | tak |  | --- |
|  | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta). Obowiązkowy przegląd z końcem biegu gwarancji w cenie oferty (podać liczbę przeglądów w okresie gwarancji)  | tak, podać ilość wszystkich przeglądów w okresie gwarancji lub brak wymogu producenta wykonywania przeglądów (obowiązek dokonania wpisu w paszporcie) |  | --- |
|  | Czas reakcji (dotyczy także reakcji zdalnej): „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 |  | --- |
|  | Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | podać |  | Tak – 5 pktNie – 0 pkt |
|  | **SZKOLENIA I DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego (minimum 4 os.) z zakresu obsługi urządzenia w momencie jego instalacji i odbioru; w razie potrzeby Zamawiającego, możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6 -ciu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | Tak |  | --- |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego (minimum 2 os.) z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, i diagnostycznych | Tak |  | --- |
|  | Liczba i okres szkoleń:- pierwsze szkolenie - tuż po instalacji systemu, - dodatkowe, w razie potrzeby, w innym terminie ustalonym z kierownikiem pracowni,*Uwaga – szkolenia dodatkowe dla wszystkich grup w co najmniej takiej samej liczbie osób jak podano w powyższych punktach* | Tak |  | --- |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim i angielskim w formie elektronicznej lub drukowanej przy dostawie.  | 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 |  | --- |
|  | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie)*UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta* | 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. | Tak |  | --- |
|  | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), | Tak |  | --- |