|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **Część 1 - Transporter do organów – 2 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)** | **Cena jednostkowa sprzętu brutto\* (w zł)** | **A: Cena brutto\* za cały sprzęt (w zł)** |
| 1. | **Transporter do organów** | **2** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **B: Cena brutto\* dostawy, 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** |
|  | Transporter do organów - 2 szt. |  |  |  |  |
|  | Urządzenie umożliwiające zapewnienie ciągłej hipotermicznej perfuzji mechanicznej nerki w celu jej przechowywania i ewentualnego transportu. | Tak |  |  | - - - |
|  | Pompa sterowana ciśnieniowo, pracująca w zakresie min. 0-230 ml/min, zapewniająca pulsacyjny tryb perfuzji. | Tak, podać |  |  | >230 ml/min – 1 pkt;  =<230 ml/min - 0 pkt. |
|  | Regulacja ciśnienia w pętli zamkniętej w zakresie min. 10 do 65 mmHg. | Tak |  |  | - - - |
|  | Akumulatory umożliwiające min. 20 godzinne przechowywanie. | Tak, podać |  |  | = 20 godzin - 0 pkt;  >20 godzin – 5 pkt. |
|  | Chłodzenie przez przewodzenie z pojedynczego pojemnika na lód do kasety z nerką zapewniając utrzymanie temperatury poniżej 8st. C przez min. 24 godziny bez potrzeby uzupełniania lodu. | Tak |  |  | - - - |
|  | Nieinwazyjne wykrywacze pęcherzyków powietrza znajdujące się na panelu pompy kontrolujące perfuzatu zapobiegające przedostaniu się pęcherzyków do nerki. | Tak |  |  | - - - |
|  | Ciągłe monitorowanie pracy pompy perystaltycznej i parametrów nerki (przepływ, ciśnienie, opór i temperatura). | Tak |  |  | - - - |
|  | Urządzenie umożliwiające prace z kasetami do ciągłej hipotermicznej perfuzji mechanicznej nerki nie posiadającymi wbudowanego oxygenatora. | Tak/Nie |  |  | Tak - 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  | Monitorowanie w czasie rzeczywistym wszystkich funkcji urządzenia oraz generowanie raportów po zakończeniu procedury w formie liczbowej i graficznej | Tak/Nie |  |  | Tak - 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  | W przypadku problemów technicznych, możliwość utrzymania temperatury przechowania w zakresie 2-8 C° do 24h. | Tak/Nie |  |  | Tak - 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |
|  | Plastikowe, sztywne uchwyty ułatwiające przenoszenie | Tak |  |  | - - - |
|  | Obudowa urządzenia razem z pokrywą wykonaną w całości z twardego plastiku z warstwą izolującą chroniącą przed uderzeniami i warunkami zewnętrznymi. | Tak |  |  | - - - |
|  | Sterylny zestaw jednorazowego użytku, zawierający zestaw do perfuzji - zamknięty układ z filtrem i czujnikiem ciśnienia, sterylna serweta - 2 kpl. | 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** |  |  |  |
|  | 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.* | ≥24  Tak/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). Obowiązkowy bezpłatny 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 (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 |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** |  |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego (min. 2 osoby) z zakresu obsługi urządzenia w momencie jego odbioru | 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 (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza) – dotyczy także urządzeń peryferyjnych | 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 |  | - - - |