

Uwaga!
Niniejszy dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym

Zamawiający:
Powiat Jarociński
Al. Niepodległości 10
63-200 Jarocin

Wykonawca:

.....
(należy uzupełnić o pełną nazwę/firmę, siedzibę, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)
reprezentowany przez:

.....
(należy uzupełnić o imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego
na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 1605 ze zm.)
na dostawę pn.:

„Zapewnienie wysokiej jakości usług świadczonych w Szpitalu Powiatowym w Jarocinie Sp. z o.o.”
Część III – Dostawa pozostałego sprzętu medycznego i wyposażenia

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA WRAZ Z WYMAGANYMI PARAMETRAMI – INKUBATOR UMOŻLIWIAJĄCY
PROWADZENIE FOTOTERAPII**

INKUBATOR UMOŻLIWIAJĄCY PROWADZENIE FOTOTERAPII (dalej zwany inkubatorem) – **4 szt.**
Niespełnienie co najmniej jednego z postawionych poniżej wymagań co do ich wartości minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.
Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wymagane wiersze i kolumny w poniższej tabeli.

Pełna nazwa i typ inkubatora: (uzupełnia Wykonawca)

Nazwa producenta inkubatora: (uzupełnia Wykonawca)

Kraj pochodzenia inkubatora: (uzupełnia Wykonawca)

Nazwa przedmiotu zamówienia	Ilość w szt.	Cena jednostkowa netto	VAT w %	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Wartość brutto
Inkubator	4 szt.	uzupełnia Wykonawca	uzupełnia Wykonawca	uzupełnia Wykonawca	uzupełnia Wykonawca	uzupełnia Wykonawca

Lp.	Opis parametru	Wartość wymaganego parametru przez Zamawiającego	Wartość parametru oferowanego – podać, opisać (uzupełnia Wykonawca)
PARAMETRY OGÓLNE			
1.	Inkubator fabrycznie nowy, nie demonstracyjny, nie powystawowy, rok produkcji 2024	TAK	
2.	Inkubator zamknięty noworodkowy przeznaczony do użytku na dowolnym oddziale niemowlęcym i neonatologicznym, w tym na wszystkich poziomach OITN, oddziale noworodkowym oraz pediatrycznym	TAK	
3.	Zasilanie sieciowe zgodne z warunkami obowiązującymi w Polsce	TAK	
KOPUŁA INKUBATORA			
1.	Wygodny dostęp do wnętrza z 4 stron	TAK	
2.	Odchylana przednia i tylna ścianka	TAK	
3.	6 drzwiczek dostępowych z cichym zamkiem umieszczonych z 4 stron inkubatora	TAK	
4.	Wymiary materacyka: szerokość przynajmniej 34 cm, długość przynajmniej 70 cm	TAK (podać wymiary materacyka)	
5.	Otwory – uszczelnione przepusty w wyjmowanych uszczelkach do wprowadzania rur respiratora, cewników i przewodów monitorowania, przynajmniej 10 niezależnych otworów z uszczelkami	TAK	
6.	Podwójne ścianki	TAK	
7.	Poziom głośności w przedziale pacjenta <48 dB	TAK	
8.	Przystosowany do zdjęć rentgenowskich – kaseta rtg wkładana do szuflady pod materacykiem bez konieczności przemieszczania dziecka, szuflada wyposażona w podziałkę ułatwiającą pozycjonowanie kasety	TAK	
9.	Materacyk wysuwany poza obrys kopuły inkubatora	TAK	

10.	Płynna regulacja nachylenia materacyka przynajmniej +/- 12°	TAK	
11.	Nachylenie materacyka realizowane poza przedziałem pacjenta, pokrętła regulacji nachylenia materacyka po bokach inkubatora	TAK	
12.	Automatyczna kurtyna powietrzna	TAK	
PODSTAWA			
1.	Na kółkach wyposażonych w hamulce	TAK	
2.	Wygodne uchwyty do przemieszczania inkubatora	TAK	
3.	Wyposażona w szafkę na akcesoria o pojemności min. 70 litrów bez regulacji wysokości samego inkubatora	TAK	
REGULACJA TEMPERATURY			
1.	Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury powietrza	TAK	
2.	Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury skóry dziecka	TAK	
3.	Zakres regulacji temperatury powietrza min. 20°-39°C	TAK (podać zakres regulacji temperatury powietrza)	
4.	Automatyczne utrzymywanie zadanej temperatury skóry dziecka min. 34°-38°C	TAK (podać zakres temperatury)	
5.	Zabezpieczenie przez przypadkowym nastawieniem temperatury powietrza i skóry >37°	TAK	
6.	Możliwość jednoczesnego pomiaru dwóch temperatur skóry	TAK	
7.	Jednoczesne wyświetlanie obydwu zmierzonych temperatur pacjenta	TAK	
8.	W komplecie 1 wielorazowy czujnik temperatury skóry, 10 jednorazowych czujników temperatury skóry i 100 plasterków odbłaskowych z hydrożelem do mocowania czujnika	TAK	

NAWILŻANIE POWIETRZA			
1.	Bezpieczny nawilżacz – zbiornik demontowany bez użycia narzędzi, w celu sterylizacji	TAK	
2.	Automatyczne utrzymywanie zadanej wilgotności powietrza, w zakresie min. 30-95% programowane co 1%	TAK (podać zakres)	
3.	Świetlny i dźwiękowy alarm braku wody	TAK	
TLENOTERAPIA			
1.	Inkubator wyposażony w serwosystem sterowania stężeniem tlenu pod kopułą	TAK	
2.	Programowanie stężenia tlenu pod kopułą w zakresie min. 21-65% programowane co 1%	TAK (podać zakres)	
3.	Świetlny i dźwiękowy alarm niskiego i wysokiego stężenia	TAK	
4.	Kalibracja czujnika tlenu w 21%	TAK	
WBUDOWANA WAGA			
1.	Pomiar masy ciała pacjentów w zakresie min od 300 do 7000 g	TAK (podać zakres)	
2.	Rozdzielczość wyświetlania masy ciała – min.10 g	TAK	
UKŁADY ALARMOWE			
1.	Sygnalizacja świetlna pozwalająca łatwo odróżnić alarmujący inkubator z większej odległości	TAK	
2.	Jednoznaczna informacja o przyczynie alarmu	TAK (podać sposób realizacji)	
3.	Komunikaty tekstowe po polsku opisujące przyczynę alarmu	TAK	
4.	Świetlny i dźwiękowy alarm wzrostu i spadku temperatury powietrza i skóry	TAK	
5.	Alarmy techniczne sygnalizujące uszkodzenie lub odłączenie	TAK	

WYPOSAŻENIE			
1.	Wieszak na giętym ramieniu do mocowania rur respiratora/CPAP wewnątrz inkubatora przymocowany do tacy materacyka – podczas wysuwania materacyka wyjeżdża razem z nim	TAK	
2.	Pokrowiec na inkubator przystosowany do prowadzenia fototerapii	TAK	
3.	Szafka w podstawie wyposażona w drzwiczki dwuskrzydłowe	TAK	
4.	Drzwiczki szafki z cichym zamykaniem	TAK	
5.	Drzwiczki szafki z systemem otwierania stopą	TAK	