|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA- CZ.3**Zakup sprzętu w ramach działania Modernizacja infrastruktury i doposażenie podmiotów leczniczych, poddziałanie 18.21, obszaru V. Inwestycje w system opieki kardiologicznej, Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032, w zakresie dofinansowania zakupu sprzętu z dziedziny intensywnej terapii stosowanego w opiece nad pacjentami kardiologicznymi w 2023 r |

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 minimum 2023), 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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość****(liczba sztuk)** | **Nazwa i typ** | **Producent / kraj produkcji** | **Rok produkcji (min. 2023)** | **Klasa wyrobu medycznego** | **Cena jednostkowa brutto #** **sprzętu (w zł)** | **Cena brutto # sprzętu** **(w zł) (A:)** |
| 1. | **SYSTEM STANOWISK RESUSCYTACYJNYCH - URZĄDZENIE DO KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ**  | 1 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **B: Cena brutto# dostawy, instalacji i uruchomienia całego sprzętu wraz ze szkoleniem personelu (w zł):** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A+ B: 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.

|  |
| --- |
| **SYSTEM STANOWISK RESUSCYTACYJNYCH - URZĄDZENIE DO KOMPRESJI KLATKI PIERSIOWEJ** **PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE** |
| **L.p.** | **Parametry ogólne** | **Parametr WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY (wypełnia wykonawca )** | **Lokalizacja w materiałach firmowych potwierdzenia parametru [str. w ofercie, plik]** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | System wykonujący zabieg ciągłego uciskania klatki piersiowej ze stałą częstotliwością i siłą zgodną z wytycznymi, w celu przywrócenia naturalnego krążenia | tak |  |  | **---** |
|  | System do automatycznej resuscytacji krążeniowej | tak |  |  | --- |
|  | Dostosowanie częstości uciśnięć: 102, 120 uciśnięć na minutę -częstotliwość stała lub zmienna podczas działania | tak |  |  | --- |
|  | Akumulator lub akumulatory wielokrotnego ładowania działający/-e min. 45 minut | Tak, podać |  |  | Powyżej 45 min.- 5 pkt.45 minut- 0 pkt. |
|  | System działający w trybie 30:2 lub w trybie ciągłym  | tak |  |  | --- |
|  | Źródło zasilania: bateria do ponownego ładowania | tak |  |  | --- |
|  | Wykonywanie ciągłej, nieprzerwanej kompresji w trakcie transportu pacjenta przy zasilaniu z akumulatora min. 30 min. oraz dodatkowo w warunkach stacjonarnych bez ograniczeń | tak |  |  | --- |
|  | Wykonanie defibrylacji bez konieczności zdejmowania urządzenia z pacjenta | podać |  |  | TAK- 5 pkt.Nie- 0 pkt. |
|  | Urządzenie przepuszczalne dla promieni RTG. | tak |  |  | --- |
|  | Urządzenie umożliwiające powrót klatki piersiowej do pierwotnego kształtu po każdym uciśnięciu (relaksacja) - za pomocą mechanicznego oprzyrządowania na tłoku | podać |  |  | TAK- 10 pkt,Brak funkcji- 0 pkt. |

|  |
| --- |
| **Aspekty społeczne, środowiskowe i innowacyjne** |
|  | Tryb niskiego poboru mocy [kW/h] | podać |  | tak – 1 pktnie – 0 pkt |
|  | Instrukcja obsługi zawierająca wskazówki zarządzania wydajnością i energooszczędnością urządzenia | podać |  | tak – 1 pktnie – 0 pkt |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego i technicznego w zakresie efektywności energetycznej urządzenia | podać |  | tak – 1 pktnie – 0 pkt |
|  | Certyfikaty producenta potwierdzające wprowadzenie systemu zarządzania produkcji zgodnego z dyrektywami i/lub normami dotyczącymi ekologii, energooszczędności | podać |  | tak – 1 pktnie – 0 pkt |
|  | Możliwość automatycznego przechodzenia urządzenia w tryb czuwania/niskiego poboru mocy | podać |  | tak – 1 pktnie – 0 pkt |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **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. | ≥24podać |  | najdłuższy okres – 5 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu  |
|  | 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 | podać |  | tak – 5 pktnie – 0 pkt |
|  | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta). Obowiązkowy w cenie oferty przegląd z końcem biegu gwarancji. (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) |  | --- |
|  | 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 |  | --- |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość gwarancji realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać przy dostawie wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności) | 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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **PARAMETRY DODATKOWY- SZKOLENIA + DOKUMENTACJA** | **Parametr wymagany** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | 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 |  | --- |