**Znak sprawy: DZP.271.36.2022**

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Zadanie nr 2**

#### FORMULARZ OFEROWANEGO SPRZĘTU

## MIERNIK BILIRUBINY – 1 szt.

**Wykonawca:**

…………………………………………

…………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………

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

#### 

# OPIS TECHNICZNY – WARUNKI GRANICZNE OFEROWANEJ MIERNIKA BILIRUBINY – 1 szt.

1. Nazwa producenta:

…………………………………………………………………………

1. Nazwa i typ/model Sprzętu:

…………………………………………………………………………

1. Kraj pochodzenia:

…………………………………………………………………………

1. Rok produkcji ………………………………………………………...
2. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
3. Dostawę i uruchomienie urządzeń należy wykonać najpóźniej   
   do dnia **15-12-2022r.**
4. Urządzenia po dostawie i uruchomieniu muszą być gotowe do realizacji badań bez koniecznego zakupu dodatkowego wyposażenia czy oprogramowania.

# ZESTAWIENIE GRANICZNYCH PARAMETRÓW TECHNICZNO- UŻYTKOWYCH MIERNIKA BILIRUBINY.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **/podać** | **Parametr oceniany** |
| I. | **PARAMETRY OGÓLNE:** | | | |
| 1 | Nieinwazyjny miernik żółtaczki noworodkowej dla noworodków i wcześniaków. | TAK, opisać |  |  |
| 2 | Urządzenie przeznaczone do stosowania przed, w trakcie i po zakończeniu fototerapii. | TAK |  |  |
| 3 | Pojemność akumulatora pozwalająca na wykonanie przynajmniej 250 pojedynczych pomiarów po pełnym naładowaniu. | TAK, podać |  |  |
| 4 | Średni błąd pomiarowy maks. +/- 1,5 mg/dl (+/- 25,5 μmol/L) dla pacjentów >35 tygodnia wieku ciążowego. | TAK |  |  |
| 5 | Średni błąd pomiarowy maks. +/- 1,6 mg/dl (+/- 27,4 μmol/L) dla pacjentów 24-35 tygodnia wieku ciążowego. | TAK |  |  |
| 6 | Średni błąd pomiarowy po fototerapii nie większy niż ± 2,3 mg/dL lub ± 39,00 mol/L | TAK, podać |  |  |
| 7 | Zakres pomiarowy min. 0,0 do 20,0 mg/dL (0 do 340 μmol/L) | TAK, podać |  |  |
| 8 | Masa z akumulatorem 200g (+/- 10g) | TAK, podać |  |  |
| **II.** | **WYPOSAŻENIE:** |  |  |  |
| 1 | Urządzenie wyposażone w stację dokującą. | TAK |  |  |
| 2 | Urządzenie wyposażone w port komunikacji USB. | TAK |  |  |
| 3 | Urządzenie wyposażone w ekran dotykowy. | TAK |  |  |
| 4 | Urządzenie wyposażone w skaner kodów kreskowych – na potrzeby rejestracji pomiarów pacjentów w historii urządzenia. | TAK |  |  |
| 5 | Zasilacz 230V. | TAK |  |  |
| 6 | Niezbędne akcesoria do wykonania min. 1000 pomiarów łącznie z kalibracją lub testowaniem prawidłowości kalibracji. | TAK, podać |  |  |
| 7 | Oprogramowanie do automatycznego zapisu pomiarów w komputerze PC. | TAK |  |  |
| **III.** | **DODATKOWE PARAMETRY:** | | | |
| 1 | Urządzenie wyposażone w lampę ksenonową zapewniającą min. 150 000 pomiarów. | TAK/NIE |  | TAK – 5 pkt NIE – 0 pkt |
| 2 | Pamięć min. 100 pomiarów. | TAK/NIE |  | TAK – 5 pkt NIE – 0 pkt |
| 3 | Możliwość transmisji danych przez złącze USB protokół HL-7 i CSV. | TAK/NIE |  | TAK – 5 pkt NIE – 0 pkt |
| **IV.** | **SZKOLENIE, GWARANCJA i SERWIS:** | | | |
| 1 | Szkolenie personelu w zakresie użytkowania i eksploatacji urządzeń wliczone w oferowaną cenę. | TAK |  |  |
| 2 | Oświadczenie (wraz z kopią deklaracji zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważne deklaracje zgodności CE | TAK |  |  |
| 3 | Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – **załączyć przy** **dostawie urządzenia.** | TAK |  |  |
| 4 | Film instruktarzowy w języku polskim na płycie CD (przy dostawie). | TAK |  |  |
| 5 | Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż 24 miesiące i oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.  **(podać)** | TAK, podać |  | 24 miesiące  – 0 pkt.  36 miesięcy i więcej – 10 pkt. |
| 6 | Wykonanie w ramach zaoferowanej ceny obowiązkowych przeglądów (dotyczy również części) w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa. | TAK |  |  |
| 7 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny osobiście lub przez podmiot uprawniony przez producenta urządzenia. | TAK |  |  |
| 8 | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail. | TAK, podać |  |  |
| 9 | Czas reakcji serwisu\* do 48 **godzin** w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | TAK |  |  |
| 10 | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 5 **dni** roboczych. W przypadku przedłużenia czasu naprawy powyżej 5 dni roboczych konieczność wstawienia aparatu zastępczego tej samej klasy do 5 dni roboczych. | TAK |  |  |
| 11 | Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu. | TAK |  |  |
| 12 | W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego typu ( techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe. | TAK |  |  |

\*) jako czas reakcji rozumie się również podjęcie działań naprawczych przez serwis zdalnie w ramach łączy informatycznych on-line.

**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. 226 ust. 1 pkt. 5) *ustawy Pzp* jako oferta, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia.

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

Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF