DFP.271.35.2021.KK załącznik nr 1a do SWZ

 załącznik nr ….. do umowy

|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **Część 1: Dzierżawa układu wentylacji w systemie zamkniętym do zabiegów laparoskopowych**   |

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 „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
* Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: 2021), 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, nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* W przypadku punktacji proporcjonalnej ocena jest przeprowadzana w sposób następujący: oferta zawierająca najkorzystniejszą wartość otrzymuje maksymalną liczę punktów, wszystkie pozostałe proporcjonalnie mniej w stosunku do najkorzystniejszej wartości.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot dzierżawy** | **Ilość miesięcy** | **Informacje dotyczące dzierżawionego urządzenia (układu)** | **Ilość sztuk urządzenia (układu)** | **Czynsz dzierżawny brutto za 1 miesiąc** | **Czynsz dzierżawny brutto za okres 4 m-cy** |
| 1. | Układ wentylacji w systemie zamkniętym do zabiegów laparoskopowych | 4 | Nazwa urządzenia |   | 1 |  - zł  |  - zł  |
| Producent  |  |
| Typ |   |
| Nr seryjny  | *(można wypełnić przy zawieraniu umowy)* |
| Kraj produkcji |  |
| Rok produkcji |   |
| Akcesoria |   |
| Wartość |   |

|  |
| --- |
| **PARAMETRY TECHNICZNE** |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Insuflator z wbudowanym systemem usuwania dymu, wykorzystujący zestawy jednorazowych bezzastawkowych trokarów optycznych i jednorazowych filtrów | tak |  | - - - |
|  | Funkcje urządzenia: - dostarczenie CO2, - utrzymywanie stabilnej odmy brzusznej, - ewakuacja i filtracja dymu w trakcie zabiegu laparoskopowego,- funkcje, mogą być uaktywniane zarówno razem jak i osobno. | tak, podać |  | - - - |
|  | Urządzenie posiadające zamknięty obieg dostarczanego gazu (CO2) | tak |  | - - - |
|  | Zakres ciśnienia wejściowego w min. zakresie 3,5-70 bar | tak, podać |  | - - - |
|  | Wartość przepływu min. 35 l/min | tak, podać |  | wymagana wartość – 0 pkt, największa 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
|  | Zakres wartości ciśnienia w min. zakresie od 10 do 20 (mmHg). | tak, podać |  | - - - |
|  | Zakres wartości przepływu w min. zakresie od 1 do 35 (l/min). | tak, podać |  | wymagany zakres – 0 pkt, największy 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem największego zakresu |
|  | Blokada przed przypadkowym rozłączeniem z zestawem kanikuli | tak |  | - - - |
|  | Możliwość wymiany pustego pojemnika dwutlenku węgla przy zachowaniu stałego ciśnienia w jamie brzusznej pacjenta w trakcie wykonywania zabiegu | tak |  | - - - |
|  | Alarm ostrzegawczy o przenikania płynu (cieczy) przez barierę filtra (zabezpieczenie przed kontaminacją insuflatora). | tak |  | - - - |
|  | Zakres dokładności wskazań pomiędzy wartościami nominalną a aktualną - ciśnienie ±1 mmHg. | tak, podać |  | - - - |
|  | Zakres dokładności wskazań pomiędzy wartościami nominalną a aktualną - przepływ ± 2,5 mmHg | tak, podać |  | - - - |
|  | Maksymalny poziom głośności 75 dB. | tak, podać |  | wymagana wartość – 0 pkt, najniższa 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem najniższej wartości |
|  | Waga urządzenia max 30 kg | tak, podać |  | wymagana waga – 0 pkt, najniższa 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem najniższej wartości |
|  | Pakiet startowy dla min. 30 pacjentów w składzie:Trójświatłowa kaniula z filtrem ULPA 0,01μ – 30 szt.Bezzastawkowe trokary optyczne – 30 szt. (5/100mm lub 8/100mm lub 12/100mm) Rozmiar trokara do wyboru przez zamawiającego przed dostawą. | tak, podać |  | - - - |
| **Aspekty społeczne, środowiskowe i innowacyjne** |
|  | Tryb niskiego poboru mocy [kW/h] | tak, podać |  | - - - |
|  | Instrukcja obsługi zawierająca wskazówki zarządzania wydajnością i energooszczędnością urządzenia | podać |  | tak – 2 pktnie – 0 pkt |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego i technicznego w zakresie efektywności energetycznej urządzenia | tak, podać |  | - - - |
|  | Certyfikaty producenta potwierdzające wprowadzenie systemu zarządzania produkcji zgodnego z dyrektywami i/lub normami dotyczącymi ekologii, energooszczędności | tak, podać |  | - - - |
|  | Możliwość automatycznego przechodzenia urządzenia w tryb czuwania/niskiego poboru mocy | podać |  | tak – 2 pktnie – 0 pkt |

|  |
| --- |
| **WARUNKI SERWISU** |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Koszty napraw, konserwacji i serwisowania, ewentualnej wymiany uszkodzonych lub zużytych elementów, a także koszty dostawy i montażu tych elementów w okresie dzierżawy – w cenie umowy dzierżawyWykonawca zobowiązuje się do zapewnienia, we własnym zakresie i na własny koszt, utrzymania pełnej sprawności Sprzętu oraz jego pełnej funkcjonalności przez cały okres obowiązywania umowy | tak |  | - - - |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta w okresie dzierżawy lub zapewnienie, że przez cały okres dzierżawy urządzenie będzie mieć aktualny przegląd techniczny – w cenie umowy dzierżawy | tak |  | - - - |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie dzierżawy (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00) – do 2 dni | tak, podać |  | czas reakcji wymagany – 0 pktczas reakcji do 1 dnia – 5 pkt |
|  | W przypadku stwierdzenia przez Zamawiającego w Sprzęcie wad lub awarii, uniemożliwiających lub utrudniających korzystanie z niego, Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego zbadania Sprzętu po otrzymaniu zgłoszenia i dokonania niezwłocznie, nie później niż w terminie do 3 dni roboczych od stwierdzenia wystąpienia wady lub awarii, naprawy Sprzętu bądź jego wymiany na wolny od wad, w celu przywrócenia jego pełnej sprawności i funkcjonalności | tak, podać |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** |  |  |  |
|  | Wykonawca przeprowadzi szkolenie wszystkich chętnych pracowników personelu medycznego (pielęgniarki, lekarze) a także min. 1 osobę z personelu technicznego | tak, podać |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim lub angielskim w formie elektronicznej i drukowanej  | tak |  | - - - |
|  | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierające co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny) o ile występują. | tak |  | - - - |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji. | tak |  | - - - |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji 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 |  | - - - |
|  | Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest ze środków Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia. | tak |  | - - - |