**Część 2**

**Dostawa doposażenia – Medycyna Nuklearna**

**Tabela wyceny:**

|  |
| --- |
| **Przedmiot: Dostawa doposażenia – Medycyna Nuklearna** |
| **Pozycja** |  **Cena jednostkowa**  **brutto wraz z dostawą (zł)** | **Ilość sztuk sprzętu** | **Cena jednostkowa brutto wraz z dostawą x ilość sztuk sprzętu (zł)** |
| 1 | Fotel pacjenta: |  | 12 sztuk |  |
| 2 | Chłodziarko – zamrażalka medyczna: |  | 1 sztuka |  |
| 3 | Wyciąg radiochemiczny: |  | 1 sztuka |  |
| **A: Suma cen brutto pozycji 1, 2, 3 wraz z dostawą (zł)** |  |
| **B: Cena brutto instalacji i uruchomienia sprzętu (zł)** |  |
| **C: Cena brutto szkoleń (zł)** |  |
| **A+B+C: Cena brutto oferty (zł)** |  |

Część 2. Dostawa doposażenia – Medycyna Nuklearna

**POZYCJA 1**

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

 **Fotel pacjenta – 12 szt. (Medycyna nuklearna)**

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: nie wcześniej niż 2019), 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.
* Gdziekolwiek w Opisie przedmiotu zamówienia przywołane są normy lub nazwy własne lub znaki towarowe lub patenty lub pochodzenie, źródło lub szczególny proces, który charakteryzuje produkty dostarczane przez konkretnego Wykonawcę, Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne.

Nazwa i typ: .............................................................

Producent / kraj produkcji: ........................................................

Rok produkcji (min. 2019): …..............

**Parametry techniczne i eksploatacyjne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **OCENA PKT.** |
|  | Fotel do pozycjonowania pacjenta przy aplikacji izotopów | TAK, podać |  | - - - |
| 1. 35.
 | Fotel zabiegowy z min. trzysegmentowym siedziskiem | TAK, podać  |  | - - - |
| 1. 36.
 | Płynna regulacja pozycji pacjenta – od pozycji siedzącej do leżącej | TAK, podać |  | - - - |
| 1. 37.
 | Regulacja pozycji pacjenta za pomocą sprężyn gazowych lub elektrycznie | TAK, podać |  | - - - |
| 1. 38.
 | Fotel wyposażony w tapicerowane podłokietniki | TAK, podać |  | - - - |
| 1. 39.
 | Szerokość siedziska – 60 cm (+/-30%) | TAK, podać |  | - - - |
| 1. 40.
 | Głębokość siedziska – 50 cm (+/-30%) | TAK, podać |  | - - - |
| 1. 41.
 | Wysokość oparcia – 80 cm(+/-30%) | TAK, podać |  | - - - |
| 1. 43.
 | Fotel przewoźny – podstawa fotela wyposażona w 4 kółka w tym min. 2 z blokadą  | TAK, podać |  | - - - |
|  | Elektryczny mechanizm wysokości fotela | TAK/NIE, podać |  | TAK – 7 pkt.;NIE – 0 pkt. |
|  | Nożne przyciski – służące do regulacji położenia góra/dół fotela | TAK/NIE, podać |  | TAK – 7 pkt.;NIE – 0 pkt. |

Część 2. Dostawa doposażenia – Medycyna Nuklearna

**POZYCJA 2**

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

 **Chłodziarko – zamrażalka medyczna – 1 szt. (Medycyna nuklearna)**

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: nie wcześniej niż 2019), 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.
* Gdziekolwiek w Opisie przedmiotu zamówienia przywołane są normy lub nazwy własne lub znaki towarowe lub patenty lub pochodzenie, źródło lub szczególny proces, który charakteryzuje produkty dostarczane przez konkretnego Wykonawcę, Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne.

Nazwa i typ: .............................................................

Producent / kraj produkcji: ........................................................

Rok produkcji (min. 2019): …..............

**Parametry techniczne i eksploatacyjne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **OCENA PKT.** |
|  1. | Do przechowywania materiału biologicznego oraz leków | TAK, podać |  | - - - |
|  2. | Kontrola temperatury chłodzenia z dokładnością do 0,1°C | TAK, podać |  | - - - |
| 3. | Alarm uruchamiany w przypadku przekroczenia zadanych wartości granicznych, otwarcia drzwi na dłużej niż 1 minutę lub braku zasilania | TAK, podać |  | - - - |
| 5. | Wodoszczelny panel sterowania umożliwiający łatwy dostęp do funkcji chłodziarki | TAK, podać |  | - - - |
| 6. | Funkcja pozwalająca na automatyczny zapis 3 ostatnich zdarzeń alarmowych wraz z datą i godziną | TAK/NIE, podać |  | TAK – 2 pkt.NIE – 0pkt. |
| 7. | Możliwość 1-punktowej kalibracji | TAK/NIE, podać |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0pkt. |
| 9. | Zakres temperatury mi n.: od 0 do+10ºc | TAK, podać |  | zakres wymagany – 1 pkt.;większy niż wymagany – 3 pkt. |
| 10. | Mikroprocesorowy programator temperatury chłodziarki z możliwością regulacji temperatury co 0,1ºc | TAK, podać |  | - - - |
| 11. | Wyświetlacz temperatury na zewnątrz | TAK, podać |  | - - - |
| 13. | Pojemność całkowita komory: min. 250 l; pojemność użytkowa komory: min. 180 | TAK, podać |  | - - - |
| 14. | Wnętrze z tworzywa sztucznego w kolorze białym | TAK, podać |  | - - - |
| 15. | Obudowa zewnętrzna z blachy malowanej proszkowo | TAK, podać |  | - - - |
| 16. | Wymuszony obieg powietrza | TAK, podać |  | - - - |
| 17. | System chłodzenia | TAK, podać |  | - - - |
| 19. | Możliwość ustawienia wartości granicznych temperatury | TAK, podać |  | - - - |
| 20. | Otwór do wprowadzania zewnętrznego czujnika | TAK/NIE, podać |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0pkt. |
| 21. | Oświetlenie wewnętrzne | TAK, podać |  | - - - |
| 22. | Min. 5 półek drucianych z możliwością zmiany ich położenia | TAK, podać |  | - - - |
| 23. | Półki wyposażone w system opisowy | TAK/NIE, podać |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0pkt. |

Część 2. Dostawa doposażenia – Medycyna Nuklearna

**POZYCJA 3**

 OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

 **Wyciąg radiochemiczny – 1 szt. (Medycyna nuklearna)**

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: nie wcześniej niż 2019), 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.
* Gdziekolwiek w Opisie przedmiotu zamówienia przywołane są normy lub nazwy własne lub znaki towarowe lub patenty lub pochodzenie, źródło lub szczególny proces, który charakteryzuje produkty dostarczane przez konkretnego Wykonawcę, Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne.

Nazwa i typ: .............................................................

Producent / kraj produkcji: ........................................................

Rok produkcji (min. 2019): …..............

**Parametry techniczne i eksploatacyjne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **OCENA PKT.** |
|  | Wyciąg radiochemiczny przeznaczony do pracy radioizotopami | TAK, podać |  | - - - |
|  | Metal z powłoką epoksydową lub opcjonalna obudowa z polipropylenu | TAK, podać |  | - - - |
|  | Przednie szyby komory roboczej wykonane ze szkła hartowanego ewentualnie innego przeźroczystego materiału odpornego na działanie oparów takich związków chemicznych jak: aceton, acetonitryl, octan etylu, dichlorometan, chloroform, heksan, metanol, etanol , kwas trichchlorooctowy i śladowe ilości kwasów: octowego, TFA, solnego oraz amoniaku. W przypadku zastosowania materiału innego niż szkło konieczna jest deklaracja producenta, że jest on odporny na działanie ww. związków chemicznych. Ściany boczne powinny być wykonane ze szkła hartowanego lub blach stalowych malowanych farbami odpornymi na działanie wspomnianych wcześniej substancji. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Silnik elektryczny | TAK, podać |  | - - - |
|  | Zasysanie powietrza z góry | TAK, podać |  | - - - |
|  | Oświetlenie LED min. 600 lux z opcją ochrony przed pęknięciem | TAK, podać |  | - - - |
|  | Prędkość przepływu powietrza min. 0,4 m/s | TAK, podać |  | - - - |
|  | Wielostopniowy regulator prędkości przepływu powietrza w zakresie min. 200-800 m3/h | TAK, podać |  | zakres wymagany – 1 pkt.;większy niż wymagany – 3 pkt. |
|  | Czujnik prędkości powietrza | TAK, podać |  | - - - |
|  | Czujnik kontroli przepływu powietrza | TAK, podać |  | - - - |
|  | System przepływu powietrza z kontrolą i sygnalizacją optyczną oraz akustyczną stanu alarmowego w przypadku spadku przepływu powietrza przez wyciąg poniżej minimalnej wartości zadanej lub powyżej maksymalnej wartości zadanej | TAK, podać |  | - - - |
|  | Panel sterowania z włącznikiem światła | TAK, podać |  | - - - |
|  | Filtr pyłów radioaktywnych FPR | TAK, podać |  | - - - |
|  | Miernik ciśnienia umożliwiający kontrolę stanu filtra | TAK, podać |  | - - - |
|  | Możliwość pracy na dowolnie wypoziomowanym blacie roboczym | TAK, podać |  | - - - |
|  | Moduł elektryczny zewnętrzny – gniazdka elektryczne 230V w wykonaniu min. IP44 lub równoważne w zakresie stopnia ochrony obudowy przed wnikaniem ciał obcych stałych o średnicy 1 mm i większej oraz ochrona przez bryzgami wody o dowolnym kierunku | TAK, podać |  | - - - |
|  | Szafka pod wyciągiem dwudrzwiowa o szerokości urządzenia - 1 szt. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Godzinowy licznik czasu pracy | TAK, podać |  | - - - |
|  | Optyczna sygnalizacja stanu zaniku napięcia zasilania | TAK, podać |  | - - - |
|  | Możliwość kontroli przepływu powietrza podczas pracy w trybie zredukowanego przepływu | TAK/NIE, podać |  | TAK – 2 pkt.NIE – 0 pkt. |
|  | Możliwość przesuwu szyb w płaszczyźnie poziomej | TAK/NIE, podać |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
|  | Na wyposażeniu wyciągu suchy blok grzejny – 1 szt.: - zakres temperatury min. 40 – 120 ⁰C, - błąd pomiaru/rozdzielczość max.: 0,3 ⁰C/ 0,1 ⁰C,- 3 bloki wymienne do przystosowania we własnym zakresie lub 2 bloki wymienne z otworami przystosowanymi do fiolek z zestawów do znakowania radiofarmaceutyków firmy Polatom (posiadanymi przez Zamawiającego) oraz do znakowania analogów somatostatyny firmy AAA (posiadanymi przez Zamawiającego) i 1 blok bez otworów | TAK, podać |  | - - - |

**Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia dotyczy pozycji 1, 2, 3**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | PARAMETR | **PARAMETR WYMAGANY** | **Parametr oferowany** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy)[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, że górną granicą punktacji gwarancji będzie okres 5 lat (60 miesięcy)****.* | => 24 |  | Najdłuższy okres – 30 pkt.;Inne – proporcjonalnie mniej względem najdłuższego okresu. |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat (peryferyjny sprzęt komputerowy – min. 5 lat – dopuszcza się wymianę na sprzęt lepszy od zaoferowanego) | 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 z w pełni sprawnego sprzętu | TAK |  | - - - |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Zdalna diagnostyka przez chronione łącze z możliwością rejestracji i odczytu online rejestrów błędów, oraz monitorowaniem systemu(uwaga – całość ewentualnych prac i wyposażenia sprzętowego, które będzie służyło tej funkcjonalności po stronie wykonawcy) | Podać |  | TAK – 3 pkt.;NIE – 0 pkt. |
|  | 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 |  | - - - |
|  | 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” =< 48 [godz.] | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok  | TAK |  | - - - |
|  | Wymiana każdego podzespołu na nowy po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | TAK |  | - - - |
|  | Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 10dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii. | TAK |  | - - - |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji (np. przez posiadanie odpowiedniej struktury inżynierów serwisowych) lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji (np. przez posiadanie umowy z jednostkami realizującymi usługi serwisowe) – należy podać 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  | TAK |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** | TAK |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min. 10 osób z możliwością podziału i szkolenia w mniejszych podgrupach) 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 (min. 2 osoby) z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, diagnostycznych i przeglądowych; w razie potrzeby możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6-iu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | TAK |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu informatycznego umożliwiania zdalnej diagnostyki, wymagań konferencyjnych, wpięcia urządzenia w system gromadzenia dokumentacji szpitala, diagnostyki i konfiguracji (min. 2 osoby) | TAK |  | - - - |
|  | Liczba i okres szkoleń:* pierwsze szkolenie - tuż po instalacji systemu, w wymiarze do 2 dni roboczych
* 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 |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** | TAK |  |  |
|  | 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 |  | - - - |
|  | 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 |  | - - - |
|  | 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 |  | - - - |