**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Dostawa zestawu do wykonywania badań wideourodynamiki wraz z instalacją, uruchomieniem i szkoleniem personelu.**

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 również warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy w/w znakach oznacza wartość wymaganą.
* Brak odpowiedzi w przypadku pozostałych warunków, punktowany będzie jako 0.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie,
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji 2020) nie jest rekondycjonowany, używany, powystawowy, jest kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.
* 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.
* 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.

**Nazwa i typ: ……………………..**

**Producent / kraj pochodzenia: …………………….**

**Rok produkcji (2020): ……………………………**

**Klasa wyrobu medycznego: ……………………………..**

**Tabela wyceny:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przedmiot | Liczba sztuk | **A:** Cena brutto zestawu (w zł): |
| **Zestaw do wykonywania badań wideourodynamikii** | 1 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **B:** Cena brutto dostawy, instalacji i uruchomienia (w zł): |
|  |  |

|  |
| --- |
| **C:** Cena brutto szkoleń (w zł): |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A+ B + C**: Cena brutto oferty (w zł) |  |

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **parametr** | **parametr wymagany** | **parametr oferowany** | **Ocena pkt.** |
|  | **Jednostka główna do wykonywania badań urodynamicznych** |  |  |  |
|  | STACJA ROBOCZA: |  |  |  |
|  | Jednostka jezdna z mocowaniem komputera, dodatkowego monitora oraz powierzchnią roboczą | TAK |  | - - - |
|  | Zespół pomiarowy na wózku jezdnym z panelem dotykowym | TAK |  | - - - |
|  | Komputer medyczny typu All-in-one panel PC | TAK |  | - - - |
|  | Parametry komputera i systemu operacyjnego gwarantujące wykorzystanie wszystkich opisanych niżej funkcji w pełnym zakresie (w tym: pamięć RAM min 8GB, dysk typu HDD min. 500 GB, porty USB 2.0 – min. 5 szt., funkcja Bluetooth) | Tak, podać |  | - - - |
|  | Komunikacja z zespołem pomiarowym: bezprzewodowa – Bluetooth lub przewodowa – przez USB | TAK, podać |  | bezprzewodowa – 3 pkt.Przewodowa – 1 pkt. |
|  | Ilość monitorów: min. 2 | TAK, podać  |  | Liczba wymagana – 1 pkt.Wyższa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Rozmiar monitorów – min. 23 [‘] | TAK, podać |  | wartość wymagana – 1 pkt.Wyższa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Drukarka kolorowa atramentowa | TAK |  | - - - |
|  | Wymiary zespołu pomiarowego: max. 60 cm x 65 cm x 125 cm lub mniejsze | TAK, podać |  | - - - |
|  | Wymiary stacji roboczej z komputerem: max. 70 cm x 70 cm x 200 cm lub mniejsze | Tak, podać |  | - - - |
|  | Zasilanie przez medyczny transformator izolacyjny, 100-240V, 1000VA | TAK, podać |  | - - - |
|  | POMPA: |  |  |  |
|  | Wbudowana w zespół pomiarowy, min. 4-rolkowa infuzyjna pompa perystaltyczna | TAK, podać |  | - - - |
|  | Parametry wyświetlane na ekranie, możliwość zapisu oraz kolorowego wydruku  | TAK |  | - - - |
|  | Prędkość infuzji (ml/min): min. od 1 do 99 | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 1 pkt.Wyższa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Obliczana objętość podanego płynu | TAK |  | - - - |
|  | Kalibracja pompy sterowana oprogramowaniem | TAK |  | - - - |
|  | PROFILOMETRIA: |  |  |  |
|  | Prędkość pullera (mm/sec): min. 1, 2, 3 | TAK, podać |  | - - - |
|  | Zakres ruchu pullera (mm): min. 0 do 320 | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 1 pkt.Wyższa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Puller montowany na niezależnym statywie jezdnym | TAK |  | - - - |
|  | Parametry wyświetlane na ekranie, możliwość zapisu oraz kolorowego wydruku | TAK |  | - - - |
|  | PRZETWORNIKI CIŚNIENIA: |  |  |  |
|  | Maksymalna Ilość kanałów pomiarowych możliwych do podłączenia – min. 8 kanałów | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 1 pkt.Wyższa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Typ przetwornika (np. T-DOC lub Medex lub inne, równoważne)  | podać |  | - - - |
|  | Rodzaj cewników (np. powietrzne lub wodne)  | podać |  | - - - |
|  | Automatyczne zerowanie | TAK |  | - - - |
|  | Zakres pomiaru ciśnienia (cmH2O): zakres min. -30 do 320 | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 1 pkt.Wyższa niż wymagana – 3 pkt. |
|  | Kalibracja przetworników sterowana oprogramowaniem | TAK |  | - - - |
|  | UROFLOWMETRIA: |  |  |  |
|  | Przetwornik wagowy | TAK |  | - - - |
|  | Parametry wyświetlane na ekranie, możliwość zapisu oraz kolorowego wydruku raportu z badania | TAK |  | - - - |
|  | Zakres pomiaru prędkości przepływu (ml/sek): od min. 0 do 45 | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 1 pkt.Wyższa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Automatyczny pomiar przepływu maksymalnego | TAK |  | - - - |
|  | Maksymalny czas przepływu: 7200 [s], +/- 2 [%] | TAK, podać |  |  |
|  | Funkcja automatycznego uruchamiana pomiaru przepływu | TAK |  | - - - |
|  | Funkcja automatycznego zerowania | TAK |  | - - - |
|  | Nomogram Siroky & Liverpool  | TAK |  | - - - |
|  | Kalibracja przetwornika sterowana oprogramowaniem | TAK |  | - - - |
|  | Zakres pomiaru objętości przepływu (ml): od min. 0 do 900  | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 1 pkt.Wyższa niż wymagana – 3 pkt. |
|  | Krzesło mikcyjne oraz statyw z lejkiem w zestawie | TAK |  | - - - |
|  | EMG: |  |  |  |
|  | Ilość kanałów: min. 2 | Tak, podać |  | - - - |
|  | Górny limit częstotliwości (kHz): 1.6 | Tak, podać |  | - - - |
|  | Dolny limit częstotliwości (Hz): 8 | Tak, podać |  | - - - |
|  | Maksymalna ilość próbek/sek.: 5000 | Tak, podać |  | - - - |
|  | Opcjonalnie Audio EMG | Tak |  | - - - |
|  | VIDEOURODYNAMIKA: |  |  |  |
|  | Videourodynamika w wysokiej rozdzielczości: (>=700 v.res.) | TAK, podać |  | - - - |
|  | Videourodynamika w technice RTG i USG | TAK |  | - - - |
|  | MANOMETRIA ANOREKTALNA: |  |  |  |
|  | Doposażenie do wykonywania badań manometrii anorektalnej: oprogramowanie, kable oraz min. 5 szt. powietrznych cewników czterokanałowych | TAK, podać  |  | - - - |
|  | DODATKOWE FUNKCJE OPROGRAMOWANIA: |  |  |  |
|  | Możliwość dodawania notatek, znaczników oraz tytułów w trakcie | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość zmiany kolorów linii, tworzenia wypełnienia krzywych, odbicia lustrzanego oraz nakładek na wykresy przez Użytkownika | TAK |  | - - - |
|  | DODATKOWE WYPOSAŻENIE: |  |  |  |
|  | Inne / Materiały zużywalne do badań urodynamicznych :- zestaw akcesoriów do wykonania min. 10 badań cystometrycznych (dreny pompy, linia manometryczna, kopułki, cewniki dwudrożne, cewniki rektalne, kabel elektrod EMG, elektrody EMG)- zestaw akcesoriów do przeprowadzenia min. 5 badań profilometrycznych (zestaw do perfuzji, linia manometryczna, kopułki, cewniki trójdrożne) | TAK, podać  |  | - - - |
|  | **Stół zabiegowy do wykonywania badań videourodynamicznych w technice RTG** |  |  |  |
|  | Stół urologiczny umożliwiający obrazowanie podczas fluoroskopii | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość uzyskania pozycji stojącej, siedzącej oraz leżącej  | TAK |  | - - - |
|  | Siedzisko i oparcie z przeziernego włókna węglowego | TAK |  | - - - |
|  | Maksymalne obciążenie min. 220 [kg] | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 1 pkt.Wyższa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Długość stołu bez sekcji przedłużenia pod nogi: max. 160 cm | TAK, podać |  | - - - |
|  | Długość stołu z sekcją przedłużenia pod nogi: max. 200 cm | TAK, podać |  | - - - |
|  | Pole obrazowania bez sekcji przedłużenia pod nogi (długość): min. 150 cm | TAK, podać |  | - - - |
|  | Pole obrazowania z sekcją przedłużenia pod nogi (długość): min. 185cm | TAK, podać |  | - - - |
|  | **Fotel do transportu pacjenta** |  |  |  |
|  | Wózek/Fotel wyposażony w autonomiczne, zmotoryzowane koło ze zintegrowanym akumulatorem i ładowarką | TAK |  | - - - |
|  | Rama stalowa – pokryta żywicą, tapicerka piankowa (grubość min. 4 cm), wykończenie bezszwowe z powłoką winylową | TAK |  | - - - |
|  | Obrotowy uchwyt do sterowania prędkości fotela | TAK |  | - - - |
|  | Maksymalne wymiary: długość 110 cm, szerokość 75 cm, wysokość 105 cm lub mniejsze | TAK, podać |  | - - - |
|  | System jezdny:- koła przednie, skrętne min. 12 cm- kola tylne, min. 28 cm, z centralnym układem hamulcowym | TAK, podać |  | - - - |
|  | Wymiary siedziska i oparcia: min. 45 x 45 cm, wysokość min. 55 cm | TAK, podać |  | - - - |
|  | Wyposażenie: kosz na akcesoria, podnóżek przesuwny - samoblokujący, regulowana podpórka pod nogę, podłokietniki składane,  | TAK |  | - - - |
|  | Waga własna wózka =< 60 kg | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 1 pkt.niższa niż wymagana – 3 pkt. |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze – min. 200 kg | TAK, podać |  | Wartość wymagana – 1 pkt.Wyższa niż wymagana – 3 pkt. |

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **parametr** | **parametr wymagany** | **parametr oferowany** | **Ocena pkt.** |
|  | Gwarancja na aparat [miesiące]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. | >= 24 |  | najdłuższy okres – 10 pkt.,inne – proporcjonalnie mniej (względem najkorzystniejszej oferty) |
|  | Gwarancja min. 10–letniego dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych i akcesoriów oraz gwarancja aktualizacji oprogramowania do najnowszej, dostępnej wersji na rynku przez min. 12 miesięcy od dnia odbioru, podczas każdego, wykonywanego przeglądu | tak |  |  |
|  | Liczba przeglądów okresowych niezbędnych do wykonywania po upływie gwarancji dla potwierdzenia bezpiecznej eksploatacji aparatu – podać, opisać zakres.*UWAGA – wykonawcę obowiązuje wykonywanie przeglądów okresowych w wymaganej liczbie w okresie gwarancji (w cenie oferty, bez żadnych dodatkowych kosztów), o ile są one wymagane przez producenta.* | podać |  |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji. | tak |  |  |
|  | Maksymalny czas naprawy nie może przekroczyć 10 dni roboczych, w przypadku naprawy dłuższej niż 5 dni roboczych – aparat zastępczy o min. identycznych parametrach lub lepszy | tak |  |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiastowa lub co najwyżej po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | tak |  |  |
|  | Możliwość zgłoszeń 24 godz/dobę, 365 dni/rok | tak |  |  |
|  | Czas reakcji serwisu (przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa) 2 dni robocze.Jako "podjęta naprawa" liczy się obecność uprawnionego pracownika wykonawcy przy uszkodzonym aparacie lub jego odbiór na koszt wykonawcy (np. pocztą kurierską) | tak |  |  |
|  | Lokalizacja serwisu umożliwiająca przybycie uprawnionego inżyniera w sytuacjach awaryjnych do 24 godzin (w dni robocze) – podać dane teleadresowe, sposób kontaktu (dotyczy serwisu własnego lub podwykonawcy, pracownika czy firmy serwisowej posiadającej uprawnienia do tego typu czynności) | tak, podać |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (3 osoby) w momencie jego instalacji i odbioru; w razie potrzeby możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp. również 3 osoby) – potwierdzone certyfikatem.*uwaga (1) - Należy przewidzieć szkolenia w wymiarze do 2 dni roboczych oraz zapewnić możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego**uwaga (2) - Jako stałe wsparcie aplikacyjne rozumie się porady, konsultacje, wskazówki, itp. czynności niezbędne do wykorzystywania przez personel wszystkich zaoferowanych w aparacie opcji bez ponoszenia przez Zamawiającego dodatkowych kosztów.* | tak |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego (pracownicy Działu Aparatury – 2 osoby) z zakresu diagnostyki stanu technicznego i wykonywania czynności konserwacyjnych, naprawczych i przeglądowych; w razie potrzeby możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp., również 2 osoby) – potwierdzone certyfikatem*uwaga (1) - Należy przewidzieć szkolenia w wymiarze do 2 dni roboczych oraz zapewnić możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego**uwaga (2) - Jako stałe wsparcie aplikacyjne rozumie się porady, konsultacje, wskazówki, itp. czynności niezbędne do wykorzystywania przez personel wszystkich zaoferowanych w aparacie opcji bez ponoszenia przez Zamawiającego dodatkowych kosztów.**uwaga (3): wymagany jest taki przebieg szkolenia (w miejscu instalacji) aby personel techniczny mógł wykonywać bieżące czynności diagnostyczno-konserwacyjne jakie przewiduje dla użytkownika sam producent (nie chodzi tu o zdobycie pełnych uprawnień serwisowych). W związku z powyższych nie jest konieczne zapewnienie szkoleń serwisowych u producenta, z użyciem aparatów szkoleniowych* | tak |  |  |
|  | Aparat jest lub będzie pozbawiony kodów serwisowych i innych zabezpieczeń, które po upływie okresu gwarancji utrudniałyby dostęp do aparatu i jego serwisowanie pracownikom technicznym Zamawiającego lub innemu wykonawcy usług serwisowych, niż tzw. autoryzowany serwis producenta (dot. wykonywania przeglądów, napraw z wymianą części, instalacji urządzeń peryferyjnych, akcesoriów, przystawek, itd.)  | tak |  |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.) | tak |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej. | tak |  |  |