|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **Dostawa, instalacja i uruchomienie aparatu do wykonywania procedury HIPEC wraz ze 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 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 zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Cena sprzętu wraz z dostawą, instalacją i uruchomieniem oraz szkoleniem personelu**  **(brutto w zł)** |
| 1. | **Aparat do wykonywania procedury HIPEC** | 1 |  |

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

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

Rok produkcji: …....................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **OCENA PKT** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** | | | | |
|  | Urządzenie do dootrzewnowej chemioterapii w hipertermii (procedura HIPEC) przeprowadzanej metodą laparoskopową | tak |  | - - - |
|  | Ekran dotykowy LCD min. 10, pokazujący przebieg procedury | tak, podać |  | - - - |
|  | Możliwość wprowadzania parametrów stosowanego leczenia np. dane pacjenta, dane operatora, dane chemioterapeutyku | tak |  | - - - |
|  | Wizualny i dźwiękowy alarm nieprawidłowości systemu  (przegrzania, poziomu płynu, temperatury) | podać |  | tak – 5 pkt  nie – 0 pkt |
|  | Urządzenie zawiera min. 1 pompę (perystaltyczną), min. 8 próbników pomiaru temperatury, i min. 2 czujniki ciśnienia | tak, podać |  | - - - |
|  | Zakres monitorowania temperatur przepływającej cieczy w min. granicach 28st.C-45 st. C | tak, podać |  | - - - |
|  | Zakres temperatur przepływającego chemioterapeutyku monitorowany do 8 próbnikami | tak, podać |  | - - - |
|  | Dokładność pomiaru temperatury w zakresie 0,1-0,5 st. C | tak, podać |  | - - - |
|  | Możliwość ustawienia czasu procedury | podać |  | tak – 5 pkt  nie – 0 pkt |
|  | Skok temperatury w zakresie 0,3-0,5 st. C | tak, podać |  | - - - |
|  | Waga urządzenia max. 85 kg | tak, podać |  | - - - |
| **Wyposażenie** | | | | |
|  | Wraz z urządzeniem zostanie dostarczone dedykowane dla niego, opakowanie transportowe, zapewniające bezpieczny transport urządzenia do innych szpitali | tak |  | - - - |
|  | Jednorazowe zestawy do przeprowadzania procedury HIPEC kompatybilne z oferowanym aparatem – min. 3 szt. | tak, podać |  | - - - |
| **Aspekty społeczne, środowiskowe i innowacyjne** | | | | |
|  | Tryb niskiego poboru mocy [kW/h] | podać |  | tak – 1 pkt  nie – 0 pkt |
|  | Instrukcja obsługi zawierająca wskazówki zarządzania wydajnością i energooszczędnością urządzenia | podać |  | tak – 1 pkt  nie – 0 pkt |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego i technicznego w zakresie efektywności energetycznej urządzenia | podać |  | tak – 1 pkt  nie – 0 pkt |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** | | | | |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów.  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. | >= 36 |  | najdłuższy okres – 5 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 10 lat | podać |  | tak – 2 pkt  nie – 0 pkt |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Przyjazd serwisu po zgłoszeniu awarii w okresie gwarancji do 2 dni (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 ) | tak, podać |  | 1 dzień – 5 pkt  2 dni – 0 pkt, |
|  | Czas na naprawę usterki – do 3 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 5 dni (dotyczy dni roboczych) | tak |  | - - - |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 5 dni od zgłoszenia awarii (dotyczy dni roboczych) | tak |  | - - - |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta) | tak, podać ilość wszystkich przeglądów w okresie gwarancji |  | - - - |
|  | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | podać |  | jeden w roku, lub brak wymogu producenta wykonywania przeglądów (obowiązek dokonania wpisu w paszporcie) – 5 pkt, więcej niż 1– 0 pkt |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.) | tak |  | - - - |
|  | Aparat jest lub będzie pozbawiony, po zakończeniu gwarancji, wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | tak |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** |  |  |  |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego (min. 4 osoby) i technicznego (min. 1 osoba) potwierdzone certyfikatami. Dodatkowe szkolenia dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny i techniczny | tak |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim i angielskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy) | tak |  | - - - |
|  | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), | tak |  | - - - |
|  | Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest z projektu p.n.: „Przedoperacyjna chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii uzupełniająca leczenie skojarzone w zaawansowanym raku żołądka z wysokim ryzykiem nawrotu otrzewnowego – badanie wieloośrodkowe z randomizacją” finansowanego z Agencji Badań Medycznych, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia. | tak |  | - - - |