|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA****Dostawa aparatury medycznej w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej****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 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 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, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.

**Część1 - ultrasonograf anestezjologiczny**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Przedmiot zamówienia**  | **Liczba sztuk** | **Cena jednostkowa sprzętu (w zł)** | **Cena brutto sprzętu (w zł)**(= ilość x cena jednostkowa) |
| 1. | **Ultrasonograf anestezjologiczny** | 3 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **A: Cena brutto sprzętu (w zł)** |  |
|  |  |  | **B: Cena brutto dostawy, instalacji i uruchomienia sprzętu (w zł):** |  |
|  |  |  | **C: Cena brutto szkoleń (w zł):** |  |
| **A+ B + C: Cena brutto oferty (w zł)** |  |

|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

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

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

Rok produkcji (min. 2021): …....................................................

Klasa wyrobu medycznego.....................................................

|  |
| --- |
| **PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY/****WARTOŚĆ** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | JEDNOSTKA GŁÓWNA: | tak |  | - - - |
|  | Aparat USG do procedur Point of Care z systemem nawigacji igły | tak |  | - - - |
|  | Kolorowy, płaski ekran – min. klasy LCD lub LED w pełni dotykowy – min. 15 cali | Tak, podać |  | 17 cali i więcej – 1 pkt., mniejsze wartości – 0 pkt. |
|  | Aparat typu tablet - bez pulpitu operatora (rozwiązanie 1) lub z ekranem umożliwiającym dezynfekcję środkami stosowanymi w ochronie zdrowia (rozwiązanie 2) | Tak, podać |  | Rozwiązanie 1 – 2 pkt.Rozwiązanie 2 – 0 pkt. |
|  | Nagrywanie i odtwarzanie dynamicznych obrazów /tzw. cine loop prezentacji B oraz kolor Doppler, prezentacji M-mode | tak |  | - - - |
|  | Możliwość zapisu sekwencji filmowych w formacie min. MPG4 lub AVI oraz zdjęć w formacie BMP | tak |  |  |
|  | Gniazda USB – min. 2 szt. do podłączania urządzeń zewnętrznych | Tak, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.Wyższa niż wymagana – 1 pkt. |
|  | Wyjście HDMI | tak |  | - - - |
|  | Możliwość komunikacji Ethernet i WiFi | tak |  | - - - |
|  | Praca w sieci w standardzie DICOM, zainstalowane licencje min: Print, Storage, Worklist | tak |  | - - - |
|  | Aparat gotowy do podłączenia do szpitalnego systemu PACS  | tak |  | - - - |
|  | Tryb 2D | tak |  | - - - |
|  | Powiększenie obrazu rzeczywistego i zamrożonego | tak |  | - - - |
|  | Technologia redukująca artefakty, poprawiająca kontrast i rozdzielczość oraz wizualizację ścian tkanek | tak |  | - - - |
|  | Przestrzenne składanie obrazów (obrazowanie wielokierunkowe pod kilkoma kątami w czasie rzeczywistym – funkcja obrazowania wielokierunkowego pozwalająca na uzyskanie obrazu z nałożenia obrazów uzyskanych pod różnymi kątami) | tak |  | - - - |
|  | Funkcja automatycznej identyfikacji typu tkanek pozwalająca na uzyskanie zwiększonej jednolitości i jasności tkanek  | tak |  | - - - |
|  | Regulacja zakresu ustawienia głębokości penetracji | tak |  | - - - |
|  | Tryb M - Mode | tak |  | - - - |
|  | Wybór prędkości przesuwu zapisu trybu M – min. 6 ustawień  | Tak, podać |  | Wartość wymagana – 0 pkt.Wyższa niż wymagana – 1 pkt. |
|  | Tryb Doppler Kolorowy (CD) | tak |  | - - - |
|  | Tryb Color Power Angio (PD) (rozwiązanie 1) lub aparat bez trybu Color Power Angio (PD), posiadający tryby Color Doppler i Kierunkowy Power Doppler (rozwiązanie 2) | tak |  | ~~- - -~~Rozwiązanie 1 – 2 pkt.Rozwiązanie 2 – 0 pkt. |
|  | Szerokopasmową głowica liniowa. | tak |  | - - - |
|  | Szerokopasmową głowica convex | tak |  | - - - |
|  | Głowice z odłączalnymi kablami, pozwalające na samodzielną wymianę kabla w przypadku jego uszkodzenia | Podać |  | Tak – 3 pkt.Nie – 0 pkt. |
|  | Presety do blokad nerwów oraz zakładania cewników centralnych | podać |  | Tak – 3 pkt.Nie – 0 pkt. |
|  | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie min. 0-25 cm | podać |  | Tak – 2 pkt.Nie – 0 pkt. |
|  | Waga aparatu [kg] | podać |  | 50 kg i mniej – 2 pkt.Większe wartości – 0 pkt. |
|  | Możliwość pracy na wbudowanej baterii | Tak, podać |  | Więcej niż 6 godzin – 3 pkt.Od 3 do 6 godzin – 1 pkt.Mniejsze wartości – 0 pkt. |
|  | Szybki start urządzenia- podać czas od włączenia do pełnego uruchomienia urządzenia | podać |  | Do 60 sekund – 1 pkt.Dłuższe okresy – 0 pkt. |
|  | SYSTEM NAWIGACJI IGŁY: | tak |  | - - - |
|  | System współpracujący z igłami z wbudowanym czujnikiem końcówki lub igły nie wymagające podłączenie do kabla, wymagające użycia magnetyzera | tak |  | - - - |
|  | Igły nie wymagające dodatkowych przygotowań (tylko połączenie z kablem), zamawiający dopuszcza igły wymagające magnetyzera |  |  |  |
|  | Grafika określająca koniec igły pojawiająca się automatycznie gdy czujnik końcówki igły znajdzie się w płaszczyźnie wiązki ultrasonograficznej | tak |  | - - - |
|  | Położenie końcówki igły względem wiązki ultrasonograficznej oznaczane różnymi kolorami  | tak |  | - - - |
|  | Obraz końca igły nie podlegający zewnętrznym zakłóceniom | tak |  | - - - |
|  | Końcówka igły widoczna nawet na głębokości do 15 cm, lub aparat z nawigacją umożliwiający obrazowanie końcówki igły na głębokości do 35 mm | tak |  | - - - |
|  | Informacje o położeniu końcówki igły w czasie rzeczywistym | tak |  | - - - |
|  | Po 100 szt. igieł do nawigacji – dla każdego aparatu | tak |  | - - - |
|  | **Inne aspekty (środowiskowe, społeczne, innowacyjne)** |  |  |  |
|  | tryb niskiego poboru mocy [kW/h] | Tak, podać |  | - - - |
|  | możliwość automatycznego przechodzenia urządzenia w tryb czuwania/niskiego poboru mocy | Tak |  | - - - |
|  | możliwość podtrzymania napięcia przy ewentualnym transporcie aparatu do innego pomieszczenia. | podać |  | Tak – 3 pkt.Nie – 0 pkt. |
|  | niski poziom głośności pracy aparatu | podać |  | =< 40 dB – 2 pkt.większe wartości – 0 pkt. |

|  |
| --- |
| **WARUNKI GWARANCJI, SERWISU I SZKOLENIA DLA WSZYSTKICH OFEROWANYCH URZĄDZEŃ** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **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 60 miesięcy.* | => 24 |  | Najdłuższy okres – 10 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** |  |  |  |
|  | 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 lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość gwarancji realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać przy dostawie 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 nie posiadają zabezpieczeń, które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do podstawowych czynności serwisowych 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. 4 osoby z możliwością podziału i szkolenia w mniejszych podgrupach); 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 (pracownicy Działu Aparatury – min. 2 osoby) z zakresu diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, naprawczych i przeglądowych; w razie potrzeby możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.)  | 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 |  | - - - |