OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Część nr 2 – łóżko bariatryczne z szafką przyłóżkową i materacem aktywnym**

Przeznaczenie : NSSU – całość

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 znaku „=” 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 2018) nie jest rekondycjonowany, używany, powystawowy, jest kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

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

Producent: ........................................................

Kraj produkcji: ...............................................................

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE:** | | | | | | |
|  | Lp. | Przedmiot | Liczba sztuk | Cena jednostkowa brutto sprzętu (w zł) | | Cena brutto sprzętu w pozycjach (w zł) |
|  | 1. | Łóżko bariatryczne z szafką przyłóżkową i materacem aktywnym | 3 |  | |  |
|  | 2. | Łóżko bariatryczne z materacem | 5 |  | |  |
|  |  |  | **A:** Łączna cena brutto sprzętu w zł (suma cen z poz. 1 i 2): | | |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | **B:** Cena brutto dostawy sprzętu do nowej siedziby Szpitala (w zł): | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  | **C:** Cena brutto instalacji, szkolenia i uruchomienia sprzętu w nowej siedzibie Szpitala (w zł): | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAMÓWIENIE OPCJONALNE:**  **dostawa sprzętu do magazynu Wykonawcy oraz przechowywanie sprzętu w magazynie Wykonawcy nie dłużej niż do 30.11.2019 r.** | | | | | |
| Lp. | Przedmiot | Liczba sztuk | Liczba miesięcy | Cena brutto miesięcznego przechowywania 1 sztuki sprzętu (w zł) | Cena brutto przechowywania łącznej liczby sztuk sprzętu przez zakładaną łączną liczbę miesięcy w pozycjach (w zł): |
| 1. | Łóżko bariatryczne z szafką przyłóżkową i materacem aktywnym | 3 | 14 |  |  |
| 2. | Łóżko bariatryczne z materacem | 5 | 14 |  |  |
|  |  |  | **D:** Łączna cena brutto przechowywania łącznej liczby sztuk sprzętu przez zakładaną łączną liczbę miesięcy w zł (suma cen z poz. 1 i 2): | |  |

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

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | PARAMETR | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Produkt pochodzący z produkcji seryjnej (min 6 miesięcy) nie modyfikowany na potrzeby postępowania | Tak |  | ---- |
|  | Dla zachowania kompatybilności rozwiązań zamawiający oczekuje zaoferowania łóżka, materaca oraz szafki – wszystko od jednego wykonawcy. | Tak |  | --- |
|  | Łóżko przeznaczone do opieki nad pacjentami bariatrycznymi, z certyfikowanym przez jednostkę notyfikowaną systemem ważenia pacjenta oraz wyposażone w napęd | Tak |  | ---- |
|  | Konstrukcja łóżka wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo oparta na rozwiązaniu kolumnowym. Konstrukcja umożliwia skuteczne czyszczenie i dezynfekcję każdego elementu łóżka. Lub oparta na systemie dwóch podwójnych ramion wznoszących. | Tak, podać |  | System podwójnych ramion - 8 pkt., Nie – 0 pkt |
|  | Łóżko w pełni (nie same barierki boczne) zgodne z normą IEC 60601-2-52 | podać |  | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Prześwit między ramą łóżka, a podłożem przy dostępnie bocznym pomiędzy kołami (przy kołach 150mm) umożliwiający współpracę z podnośnikami pacjenta nie mniej niż 15cm | Tak, podać |  | 18 cm i więcej -10 pkt  Poniżej 18 cm - 0 pkt |
|  | Leże łóżka – min. 4-sekcyjne | Tak |  | ---- |
|  | Liczba ruchomych segmentów leża, min. 3 | Tak |  | ---- |
|  | Panele leża, zdejmowane bez użycia narzędzi, łatwe w czyszczeniu i dezynfekcji. | podać |  | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Szerokość zewnętrzna łóżka w ustawieniu podstawowym [cm] 106 (+/-3 cm) | Tak |  | ---- |
|  | Regulacja elektryczna wysokości leża w zakresie minimum 47-68cm. Pozycja niska ułatwiająca zejście z łóżka niskim osobom oraz ułatwiająca personelowi prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. | Tak, podać |  | Najniższa pozycja:  36cm i poniżej – 10 pkt,  Powyżej 36 cm - 0 pkt |
|  | Regulacja funkcji autokontur uzyskiwana przy pomocy jednego przycisku na panelu sterującym lub autoregresja segmentu oparcia jako zabezpieczenie przed siłami trącymi i zsuwaniem się pacjenta z łóżka | Tak, podać |  | ---- |
|  | Szerokość leża w pozycji podstawowej [cm] 102 (+/- 5cm)  Lub  Szerokość leża w pozycji podstawowej [cm] 90 (+/- 5cm) | Tak |  |  |
|  | Możliwość regulacji szerokości leża manualnie lub elektrycznie. Możliwość poszerzenia leża o min. 25cm  Możliwość min. ~~3~~ 2 stopniowej regulacji szerokości leża. Możliwość poszerzenia leża o min. 25cm | Tak, podać |  | Regulacja elektryczna -10 pkt  Regulacja manualna - 0 pkt  Możliwość poszerzenia leża o 30cm i więcej -10 pkt  Poniżej 30 cm - 0 pkt |
|  | Długość zewnętrzna łóżka w pozycji krótkiej [cm] 229 (+/-4cm) | Tak |  | ---- |
|  | Możliwość regulacji długości leża. Możliwość przedłużenia leża o min. [cm] 18 | Tak, podać |  | Możliwość 3 stopniowej regulacji lub bezstopniowej – 5 pkt, nie – 0 pkt. |
|  | Regulacja elektryczna segmentu pleców [stopnie] min. 0-50 | Tak |  | ---- |
|  | Regulacja elektryczna części nożnej podudzia [stopnie] min. 0-16 | Tak |  | ---- |
|  | Regulacja elektryczna segmentu uda [stopnie] min. 0-20 | Tak |  | ---- |
|  | Funkcja autoregresji segmentów pleców i uda zapobiegająca powstawaniu odleżyn lub funkcja autoregresji segmentu oparcia | Tak |  | ---- |
|  | Elektrycznie regulowana pozycja Trendelenburga [stopnie] min. 9 | Tak |  |  |
|  | Elektrycznie regulowana pozycja anty-Trendelenburga [stopnie] min. 9 | Tak |  | ---- |
|  | Wszystkie funkcje sterowane elektrycznie. Selektywne blokowanie funkcji sterowanych elektrycznie na panelu centralnym (z wyjątkiem funkcji CPR dostępnej niezależnie od blokad) | Tak |  | ---- |
|  | Regulacja elektryczna do położenia krzesła kardiologicznego (automatyczne krzesło) uzyskiwana jednym przyciskiem | Tak |  | ---- |
|  | Mechaniczna funkcja CPR | Tak |  | ---- |
|  | Mechaniczna regulacja funkcji CPR dostępna po obu stronach łóżka | Tak |  | ---- |
|  | Segment pleców wyposażony w sprężynę gazową zapobiegającą zbyt gwałtownemu opuszczeniu segmentu pleców na ramę łóżka przy użyciu mechanicznej funkcji CPR | Podać |  | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Łóżko wyposażone w moduł sterowania materacem z wyświetlaczem w celu monitorowania pracy materaca | Podać |  | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Łóżko wyposażone w cztery barierki boczne tworzywowe, poruszające się wraz z segmentami leża, zgodne z normą dla łóżek szpitalnych (norma EN 60601-2-52), zapewniające ochronę pacjenta przed zakleszczeniem | Tak |  | ---- |
|  | Konstrukcja barierek bocznych umożliwiająca ich bezpieczne opuszczanie i podnoszenie przy użyciu jednej ręki | Tak |  | ---- |
|  | Szczyty od strony głowy i nóg wyjmowane bez użycia narzędzi | Tak |  | ---- |
|  | Szczyt łóżka od strony głowy nieruchomy przy przechodzeniu do pozycji Trendelenburga | podać |  | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Sterowanie elektryczne wybranych funkcji za pomocą co najmniej 4 paneli wbudowanych w barierki boczne – po obu (lewej i prawej) stronach łóżka | Tak |  | ---- |
|  | Minimum jeden panel kontrolny dla pacjenta znajdujący się po wewnętrznej stronie barierek z ograniczoną ilością funkcji, które mogą być blokowane selektywnie z panelu personelu | Tak, podać |  | 1 panel – 0 pkt.  2 panele – 5 pkt. |
|  | Wbudowany akumulator (min. 2 szt.) tj. główny do zasilania poszczególnych funkcji łóżka oraz drugi do zasilania podczas transportu np. systemu transportowego | podać |  | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Zasilanie 230 [V], 50 [Hz] | Tak |  | ---- |
|  | Łóżko wyposażone w panel do obsługi m. in. funkcji pomiaru masy ciała pacjenta, sygnalizacji alarmów. | Tak |  | ---- |
|  | Łóżko wyposażone w system anty-zgnieceniowy zapobiegający zgnieceniu pod łóżkiem przewodów aparatury medycznej, cewników itp. | podać |  | Tak – 4 ~~10~~ pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Cztery, podwójne koła o średnicy min 150mm z centralną blokadą umożliwiającą ustawienie hamulca w 3 położeniach:  - pełna blokada  - jazda na wprost  - jazda swobodna | Tak |  | ---- |
|  | Bezpieczne obciążenie robocze dla wszystkich segmentów leża nie mniejsze niż 450 [kg], pozwalające na wszystkie możliwe regulacje przy maksymalnym obciążeniu | Tak, podać |  | 500 kg i więcej – 10 pkt.  Poniżej 500kg – 0 pkt |
|  | Maksymalna waga pacjenta, dla którego przeznaczone jest łóżko nie mniejsza niż 400 [kg] | Tak, podać |  | 450 kg i więcej – 10 pkt.  Poniżej 450 kg – 0 pkt |
|  | Każdy narożnik łóżka wyposażony w odbojnik | Tak |  | ---- |
|  | Łóżko wyposażone w cztery gniazda na akcesoria w narożnikach od strony głowy oraz dwa gniazda na akcesoria od strony nóg | podać |  | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Wyposażenie dodatkowe:  - wieszak na kroplówki 1szt. | Tak |  | ---- |
|  | Łóżko wyposażone w system ważenia pacjenta min. III klasy certyfikowany przez jednostkę notyfikowaną | Tak |  | ---- |
|  | System ważenia pacjenta wyposażony w:  - funkcję pozwalającą na dodawanie/odejmowanie akcesoriów na leże bez wpływu na odczyt wagi pacjenta  - dokładność odczytów do 500g  - przycisk zerowania wagi | Tak |  | ---- |
|  | łóżko posiadające elektryczną regulacje szerokości leża | podać |  | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | System wykrywania ruchów pacjenta – z możliwością regulacji czułości lub całkowitej dezaktywacji | podać |  | Tak – 2 ~~10~~ pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Łóżko wyposażone w napęd elektryczny | Tak |  | ---- |
|  | Koło napędowe (lub gąsienica) opuszczane przy pomocy dźwigni nożnych lub przycisków na panelu lub  Łóżko wyposażone w elektryczny system napędowy umożliwiający łatwiejsze prowadzenie łóżka za pomocą dodatkowego panelu umieszczonego na uchwycie transportowym | Tak, podać |  | ---- |
|  | Napęd wspomagający jazdę na wprost i w tył z możliwością regulacji prędkości jazdy na wprost w dwóch stopniach. Prędkość jazdy n wprost po pochyleniach wolna, bez możliwości regulacji  Lub  napęd wspomagający jazdę na wprost i w tył z automatyczną regulacją prędkości jazdy na wprost, tj. automatycznie dostosowujące prędkość w przypadku jazdy pod górę, w dół lub po płaskiej powierzchni | Tak, podać |  | ~~Tak – 10 pkt~~  ~~Nie – 0 pkt~~ |
|  | Panele nożne do regulacji wysokości łóżka umieszczone po obu stronach łóżka od stron nóg pacjenta (opcja) lub łóżko z funkcją regulacji wysokości obsługiwaną za pomocą paneli sterowania zlokalizowanych zarówno w górnych jak i dolnych barierkach od strony zewnętrznej | Tak, podać |  | ---- |
|  | Dyskretne podświetlenie pod leżem łóżka | Tak |  | ---- |
|  | MATERAC BARIATRYCZNY | Tak |  | ---- |
|  | Materac samoregulujący, dostosowujący się do wagi i kształtu ciała pacjenta lub materac z pompą gdzie na podstawie wprowadzonego wzrostu i wagi pacjenta łóżko automatycznie reguluje ciśnienie w poszczególnych sekcjach materaca | Tak, podać |  | Bez pompy – 10 pkt  Z pompą – 0 pkt |
|  | Materac przeznaczony do zapobiegania uszkodzeniom skóry ~~i ich leczenia~~ | Tak |  | ---- |
|  | Maksymalna waga pacjenta: min. 420kg. | Tak, podać |  | 450 kg i więcej – 10 pkt.  Poniżej 450 kg – 0 pkt |
|  | Wymiary materaca dostosowane do leża łóżka | Tak |  | ---- |
|  | Materac wyposażony w system kontroli ciśnienia, w którym rozkład optymalnego niskiego ciśnienia w poszczególnych komorach materaca następuje natychmiastowo i automatycznie | Podać |  | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Materac z możliwością poszerzenia w celu dostosowania do rozmiarów pacjenta | Tak |  | ---- |
|  | Materac z możliwością wydłużenia w celu dostosowania do wzrostu pacjenta | Tak |  | ---- |
|  | Wysokość materaca 18 cm +/- 2cm | Tak, podać |  | 18 cm i więcej - 10 pkt. 17 cm i mniej – 0 pkt. |
|  | Obniżona sekcja pięt dla zmniejszenia ucisku na pięty pacjenta | podać |  | Tak – 10 pkt  Nie – 0 pkt |
|  | Materac kładziony bezpośrednio na leże łóżka. | Tak |  | ---- |
|  | Pokrowiec materaca wodoodporny, ~~przepuszczający wilgoć, ze zgrzewanymi krawędziami~~. Wykonany z tkaniny poliestrowej zamykany na suwak z okapnikiem, zmywalny paroprzepuszczalny , przeznaczony do prania w temp. 95°C lub 60°C lub 71°C i suszenia w suszarce oraz do mycia i dezynfekcji powierzchniowej, w sytuacjach wymagających dekontaminacji po zanieczyszczeniu krwią, wydalinami, wydzielinami, posiadający czytelne i trwałe oznaczenie warunków prania i czyszczenia. | Tak |  | ---- |
|  | SZAFKA PRZYŁÓŻKOWA Z BL. BOCZNYM **tylko dla 3 szt. łóżek** | Tak |  | ---- |
|  | Wersja dwustronna, szafka i szuflada może zostać otwarta z obu stronach, otwarta komora dostępna z obu stron lub/bądź wysuwana, dwustronna szuflada górna na prowadnicach rolkowych, wewnątrz wyjmowana kuweta z przegrodami lub szafka przyłóżkowa z szufladą górną i szufladę dolną wysuwaną na prowadnicach ślizgowych lub szafka przyłóżkowa dwustronna posiadająca szufladę górną i szufladę dolną wysuwaną obustronnie z wewnątrz umieszczonymi kuwetami z przegrodami, zamiast drzwi dolnych lub szafka przyłóżkowa posiadająca szufladę dolną wysuwaną obustronnie z frontami wykonanymi z płyty HPL, zamiast drzwi | Tak, podać |  | ---- |
|  | Szafka wykonana z wytrzymałych materiałów takie jak litego laminatu, elementów stalowych, aluminium lub/bądź z tworzywa wielowarstwowego odpornego na wilgoć, temperaturę, zarysowania lub korpus (wraz z bokami) oraz fronty szuflady i drzwiczek wykonane są z wytrzymałych materiałów tj. z blachy stalowej ocynkowanej pokrytej lakierem proszkowym, a blaty wykonane z płyty HPL obustronnie laminowanej, materiałów odpornych na wilgoć, temperaturę oraz zarysowania lub szafka przyłóżkowa wykonana z wytrzymałych materiałów takich jak elementy z blachy stalowej ocynkowanej lakierowanej proszkowo na bokach, korpusu szafki wykonanego z profili aluminiowych, oraz tworzywa wielowarstwowego HPL obustronnie laminowanego w blatach oraz frontach szuflad | Tak, podać |  | ---- |
|  | Boki szafki wykonane są z min 6-milimetrowych litych paneli laminowanych, które są montowane pomiędzy 4 profilami narożnymi lub/bądź korpus szafki wykonany z profili aluminiowych lub korpus (wraz z bokami) oraz fronty szuflady i drzwiczek wykonane są z wytrzymałych materiałów tj. z blachy stalowej ocynkowanej pokrytej lakierem proszkowym, a blaty wykonane z płyty HPL obustronnie laminowanej, materiałów odpornych na wilgoć, temperaturę oraz zarysowania lub szafka przyłóżkowa z bokami wykonany z blachy stalowej ocynkowanej lakierowanej proszkowo, które są montowane pomiędzy 4 profilami narożnymi z aluminium | Tak, podać |  | ---- |
|  | Drzwi wyposażone w wysokiej jakości zawiasy samozamykające, otwierające się do min. 100 ~~175~~° lub szafka wyposażona w dolną szufladę dwustronną na prowadnicach rolkowych lub szafka przyłóżkowa posiadająca szufladę dolną wysuwaną obustronnie z frontami wykonanymi z płyty HPL, zamiast drzwi | Tak, podać |  | ---- |
|  | Uchwyty metalowe lub wyprofilowany czterostronnie blat górny umożliwiający wygodne chwycenie w celu przestawienia | Tak, podać |  | ~~Uchwyty metalowe tak -10 pkt., nie – 0 pkt.~~ |
|  | Blat z zaokrąglonymi narożnikami | Tak |  | ---- |
|  | Blat boczny łatwy do nachylenia w obu kierunkach z regulacją wysokości za pomocą sprężyny gazowej. | Tak |  | ---- |
|  | Szafka przystosowana do mycia i dezynfekcji | Tak |  | ---- |
|  | Min. cztery koła, dwa z hamulcami. Rozmiar kół 50mm (+/-20mm) | Tak |  | ---- |
|  | Wymiary szafki:  wysokość 92 cm (+/- 8 ~~5~~cm)  szerokość 55 cm (+/- 5cm)  głębokość 43cm (+/- 5cm)  lub  wysokość 90 cm (+/- 6 ~~5~~cm)  szerokość 62 cm (+/-5cm)  głębokość 42,5cm (+/- 5cm) | Tak |  | ---- |
|  | Szafka dopasowana kolorystycznie do egzemplarza łóżka z którym będzie wspólnie zainstalowana. | Tak |  | ---- |
|  | W zestawie 1 szt. – tester bezpieczeństwa elektrycznego certyfikowany do prac z wyrobami medycznymi | Tak |  | ---- |

**WARUNKI GWARANCJI, SERWISU I SZKOLENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 10 lat.* | => 24 |  | Najdłuższy okres – 30 pkt.  Inne – proporcjonalnie mniej względem najdłuższego okresu |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat | 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~~ |  | ~~- - -~~ |
|  | 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 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** |  |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min. 50 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. 4 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 |  | - - - |
|  | 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** |  |  |  |
|  | 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 |  | - - - |