**CZĘŚĆ 4**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

 **Dostawa, instalacja i uruchomienie wstrzykiwacza do aparatu rezonansu magnetycznego 3T (1 sztuka)**

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: 2018), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

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

Producent / kraj pochodzenia: ............................................................

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot | Liczba sztuk | Cena jednostkowa brutto sprzętu (w zł) | **A:** Cena brutto sprzętu wraz z dostawą (w zł): |
| **Wstrzykiwacz do aparatu rezonansu magnetycznego 3T** | 1 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **B:** Cena brutto instalacji, uruchomienia w Nowej siedziby Szpitala (w zł): |
|  |  |

|  |
| --- |
| **C:** Cena brutto szkoleń w nowej siedzibie Szpitala Uniwersyteckiego (w zł): |
|  |

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

## PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE

| **L.p.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **Sposób oceny parametru** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | **Informacje Ogólne** |
| 2. | Wstrzykiwacz fabrycznie nowy, z elementami systemu pozwalającymi na dostawę, montaż oraz uruchomienie. | Tak |  | Bez oceny |
| 3. | **Automatyczny wstrzykiwacz kontrastu do rezonansu magnetycznego - Siemens Magnetom Skyra (1 sztuka)** |  |  |  |
| 4. | Automatyczny wstrzykiwacz do podawania środka kontrastowego i roztworu NaCl, współpracujący z zamontowanym w NSSU aparatem rezonansu magnetycznego Siemens Somatom Skyra- możliwość pracy w polu magnetycznym min. 3T- głowica montowana na statywie jezdnym (wózku),- system „otwarty” zapewnienie możliwości eksploatacji wstrzykiwacza z dowolnie wybranym kontrastem), co najmniej dwóch różnych producentów,- Minimum 20 szt. zestawów startowych do wstrzykiwacza. - Instalacja podłączenie oraz szkolenie obsługowe dla personelu. | Tak |  | Bez oceny |
| 5. | Automatyczny wstrzykiwacz do rezonansu magnetycznego spełniający poniższe kryteria:-system „otwarty” zapewnienie możliwości eksploatacji wstrzykiwacza z zastosowaniem pustych wkładów (do napełniania dowolnie wybranym kontrastem), co najmniej dwóch różnych producentów,- maksymalne natężenie przepływu – min. 10 ml/s- maksymalne ciśnienie do: 325psi- możliwość tworzenia i zapamiętywania dedykowanych programów podawania kontrastu i roztworu NaCl, min. 30 protokołów- funkcja „stoper” – pomiar czasu od momentu rozpoczęcia iniekcji-minimalna objętość pojemnika z solą fizjologiczną - 110ml- minimalna objętość pojemnika z kontrastem - 60ml- funkcja utrzymania drożności żyły- Monitor sterujący z panelem dotykowym (touch screen).-zasilanie akumulatorowe z funkcja ciągłego ładowania- Serwis zdalny poprzez tunel VPN.  | Tak/Nie, Podać |  | Tak – 10pktNie – 0 pkt. |

## 2.WARUNKI GWARANCJI I SERWISU

| **L.p.** | **Parametr** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **Sposób oceny parametru** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **GWARANCJE** |  |  |  |
| 2. | Okres gwarancji dla wstrzykiwacza oraz wszystkich współpracujących z nimi urządzeń [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 ponad minimalnie wymagany – 30 pkt.Inne – proporcjonalnie mniej stosunku do najdłuższego |
| 3. | Zapewnienie dostępu części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat (peryferyjny sprzęt komputerowy – min. 5 lat, jeśli występuje) | Tak |  | Bez oceny |
| 4. | Termin gwarancji przedłuża się o liczbę dni, w ciągu których Szpital Uniwersytecki nie mógł korzystać ze sprzętu | Tak |  | Bez oceny |
| **5.** | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
| 6. | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta) | Tak |  | Bez oceny |
| 7. | Wszystkie czynności serwisowe, w tym przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego | Tak |  | Bez oceny |
| 8. | Czas reakcji (dotyczy także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =< 24 [godz.] | Tak |  | Bez oceny |
| 9. | Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok | Tak |  | Bez oceny |
| 10. | Wymiana każdego podzespołu na nowy po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | Tak |  | Bez oceny |
| 11. | Zakończenie działań serwisowych – najpóźniej w czasie nie dłuższym niż 3 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii. | Tak |  | Bez oceny |
| 12. | Struktura serwisowa zapewniająca realizację 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 |  | Bez oceny |
| 13. | Wykonawca oświadcza, iż sprzęt jest lub zostanie pozbawiony wszelkich blokad uniemożliwiających podmiotom trzecim dostarczenie usług przeglądu lub serwisu aparatury będącej przedmiotem umowy. Zamawiający dopuszcza dostarczenie kodów dostępu do oprogramowania serwisowego po zakończeniu gwarancji podstawowej na urządzenie na każde żądanie Zamawiającego | Tak |  | Bez oceny |
| **14.** | **SZKOLENIA** |  |  |  |
| 15. | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia min. 6 osób z możliwością podziału i szkolenia w mniejszych podgrupach) w terminie uzgodnionym; w razie potrzeby możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6  -ciu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | Tak |  | Bez oceny |
| 16. | Szkolenia dla personelu technicznego (2 osoby) z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych; w razie potrzeby możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6-iu miesięcy) okresie pracy urządzeń - dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje itp. | Tak |  | Bez oceny |
| **17.** | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
| 18. | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza) – dotyczy także urządzeń peryferyjnych | Tak |  | Bez oceny |
| 19. | W cenie urządzenia znajduje się komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji | Tak |  | Bez oceny |
| 20. | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie)UWAGA - dokumentacja serwisowa lub oprogramowanie serwisowe które zapewni co najmniej pełną diagnostykę sprzętu, regulację, kalibrację etc. | Tak |  | Bez oceny |
| 21. | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), | Tak |  | Bez oceny |
| 22. | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów aparatury. (wykaz środków do czyszczenia dostarczony wraz z urządzeniami) | Tak |  | Bez oceny |
| 23. | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów aparatury w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekująceUWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów. | Tak |  | Bez oceny |
| 24. | **INNE** |  |  |  |
| 25. | Wykonawca (lub jego następca prawny) pokryje wszystkie koszty w przypadku przekroczenia zadeklarowanych kosztów związanych z wartością opisanych wyżej kontraktów serwisowych i innych kosztów zadeklarowanych w ofercie | Tak |  | Bez oceny |