Po odpowiedziach 1

|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **Część 9 – Zestaw narzędzi - microdisectomia (1 zestaw)** |

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 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: 2019), 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.
* 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 produkcji: .........................................................

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

**Tabela wyceny:**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: **Zestaw narzędzi - microdisectomia** | **Cena brutto (w zł)** |
| **A:** Cena brutto sprzętu  | Ilość sprzętu: | Cena jednostkowa brutto sprzętu (zł): |  |
| **1 zestaw** |  |
| **B:** Cena brutto dostawy, instalacji i uruchomienia sprzętu |  |
| **C:** Cena brutto szkoleń |  |
| **A+B+C:** Cena brutto oferty |  |

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wyrób/parametr** | **Ilość szt.** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany ; numer katalogowy****(podać)** | **Sposób oceny parametru** |
|  | Zestaw do microdisectomii, zawierający: | 1 kpl | tak |  | - - - |
|  | *2MM STRAIGHT MICROPITUITARY* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | *- - -* |
|  | *2MM,UP ANGLE MICROPITUITARY* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | *- - -* |
|  | *BAYONETED SCALPEL HOLDER* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | *- - -* |
|  | *4MM UP ANGLE CURETTE* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | *- - -* |
|  | *MICRO TIP NERVE HOOK, FORWARD* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | *- - -* |
|  | *2MM STRAIGHT CURETTE* | *1* | *Tak, podać* |  | *- - -* |
|  | *1MM KERRISON RONGUER, 40* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | *- - -* |
|  | *PENFIELD 2MM WIDE, PULL* | *1* | *Tak, podać* |  | *- - -* |
|  | *MICROSCISSORS* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | *- - -* |
|  | *11F SUCTION TUBE* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | Rozmiar wymagany – 1 pkt.Większy niż wymagany – 2 pkt. |
|  | *4MM STRAIGHT CURETTE* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | - - - |
|  | *MICRO TIP NERVE HOOK, LEFT* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | - - - |
|  | *PENFIELD 3MM WIDE, PUSH* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | - - - |
|  | *MICRO TIP NERVE HOOK, RIGHT* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | - - - |
|  | *2MM KERRISON RONGUER, 40* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | Rozmiar wymagany – 1 pkt.Większy niż wymagany – 2 pkt. |
|  | *PENFIELD 1MM WIDE, PUSH* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | *- - -* |
|  | *MICRO TIP NERVE HOOK, REVERSE* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | *- - -* |
|  | *2MM DOWN ANGLE MICROPITUITARY* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | *- - -* |
|  | *2MM UP ANGLE CURETTE* lub równoważny | *1* | *Tak, podać* |  | *- - -* |
|  | Zestaw kompatybilny z posiadanym przez Zamawiającego osprzętem marki Johnson & Johnson | - | *Tak, podać* |  | *- - -* |

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** | **Sposób oceny parametru** |
|  | 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)~~ (względem najdłuższej zaoferowanej gwarancji)) |
|  | 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 |  |  |
|  | 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 |  |  |
|  | 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 |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (5 osób) 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 5 osób) – 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 |  |  |