**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

 **Dostawa 2 szt. automatycznych śluz do przekładania pacjenta dla Nowej Siedziby Szpitala Uniwersyteckiego (NSSU) 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 2018), 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i typ:** | ……………………………………………… |
| **Producent:** | ……………………………………………… |
| **Kraj produkcji:** | ……………………………………………… |
| **Rok produkcji:** | ……………………………………………… |
| **Klasa wyrobu medycznego** | ……………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Dostawa 2 szt. automatycznych śluz do przekładania pacjenta dla Nowej Siedziby Szpitala Uniwersyteckiego (NSSU) wraz z instalacją, uruchomieniem i szkoleniem personelu** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot | Liczba sztuk | Cena jednostkowa brutto sprzętu (w zł) | **A:** Cena brutto sprzętu wraz z dostawą (w zł): |
| **Automatyczna śluza do przekładania pacjenta** | 2 |  |  |

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

|  |
| --- |
| **C:** Cena brutto szkolenia w Nowej siedziby Szpitala (w zł): |
|  |

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

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | System zautomatyzowanego przenoszenia pacjenta między obszarem sterylnym sal operacyjnych a obszarem niesterylnym. System na stałe wbudowany w podłoże (nie dopuszcza się systemu na kółkach lub mobilny) | Tak |  | --- |
|  | System zasilany z istniejącej instalacji w podłodze pomieszczenia (instalacja stała bez wtyczek i przewodów widocznych na zewnątrz poza elementami urządzenia) | Tak |  | --- |
|  | System przystosowany do przenoszenia pacjenta z łóżka szpitalnego na stół operacyjny lub blat stołu na wózku i w kierunku przeciwnym – ze stołu operacyjnego na łóżko szpitalne | Tak |  | --- |
|  | System wyklucza konieczność wjeżdżania łóżkiem na obszar sterylny oraz stołem operacyjnym na obszar niesterylny | Tak |  | --- |
|  | Blat systemu przenoszenia pacjenta dostosowująca się do wysokości łóżka i do wysokości stołu operacyjnego co najmniej w zakresie 650 – 1030 mm. Blat podgrzewany do temp. min. 32 stopni C | Tak |  | --- |
|  | Funkcja automatycznego wykrywania łóżka i transportera z bloku operacyjnego | Tak |  | --- |
|  | Szybkość transferu pacjenta i przemieszczania w kierunku góra-dół regulowana – wymagane co najmniej 2 prędkości dla każdej w/w funkcji | Tak |  | --- |
|  | System wyposażony w system antykolizyjny z blatem stołu lub łóżka. | Tak |  | --- |
|  | Maksymalne dopuszczalne obciążenie co najmniej 180 kg | Podać |  | 180 kg. – 0 pktWiększe – 5 pkt. |
|  | Obsługa funkcji pracy urządzenia w trybie automatycznym i ręcznym. | Tak |  | --- |
|  | Panel sterowania systemu obrotowy, dostępny z obu stron, lub przypadku braku takiej funkcji system powinien być wyposażony w min 3 piloty bezprzewodowe z ładowarkami oraz powinien być wyposażony w komputerową kontrolę sekwencji funkcji  | Tak |  | --- |
|  | Maksymalny zasięg ruchu poziomego blatu co najmniej 760 mm oraz wyposażenie systemu w system skanowania podczerwienią do automatycznego rozpoznawania łóżek i transporterów blatów stołów | Tak |  | --- |
|  | Blat systemu wyposażony w czujniki prawidłowego ułożenia pacjenta | Tak |  | --- |
|  | System wyposażony w czujniki zapobiegające kolizji taśmy transportera z blatem stołu czy łóżka  | Tak |  | --- |
|  | Transporter wyposażony w funkcję zmiany prędkości przesuwu taśmy jak również w tryb zmiany prędkości podnoszenia i opuszczania kolumny transportera. | Tak |  | --- |
|  | Transporter wyposażony w funkcję czyszczenia taśmy transportera. | Tak |  | --- |
| **Warunki energetyczne urządzenia** |
| 17. | tryb niskiego poboru mocy [kW/h] | TAK/NIE |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
| 18. | instrukcja obsługi zawierająca wskazówki zarządzania wydajnością i energooszczędnością urządzenia | TAK/NIE |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
| 19. | szkolenia dla personelu medycznego i technicznego w zakresie efektywności energetycznej urządzenia (2 medyczne, 1 techniczna) | TAK/NIE |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
| 20. | certyfikaty producenta potwierdzające wprowadzenie systemu zarządzania produkcji zgodnego z dyrektywami i/lub normami dotyczącymi ekologii, energooszczędności | TAK/NIE |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
| 21. | trwałość produktu rozumiana jako gwarantowany okres pełnego wsparcia serwisowego oraz pełnego dostępu części zamiennych i oprogramowania | TAK/NIE |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |
| 22. | możliwość automatycznego przechodzenia urządzenia w tryb czuwania/niskiego poboru mocy | TAK/NIE |  | TAK – 1 pkt.NIE – 0 pkt. |

|  |
| --- |
|  |

**WARUNKI GWARANCJI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
| 23. | Okres gwarancji dla wszystkich głównych składników oferty oraz współpracujących z nimi urządzeń [liczba miesięcy]Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji.  | >= 24 |  | 24 miesiące – 0 pkt.1. więcej – 5 pkt.
 |
| 24. | Gwarancja produkcji części zamiennych [liczba lat] – min. 8 lat (peryferyjny sprzęt komputerowy – min. 5 lat) | Tak |  | --- |
| 25. | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | Podać |  | jeden – 5 pkt, więcej – 0 pkt |
| 26. | Aparat jest lub będzie pozbawiony wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca umowy podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | Podać  |  | Tak- 5 pkt.Nie - 0 pkt. |

**WARUNKI SERWISU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
| 27. | 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) | Tak |  | --- |
| 28. | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta) | Tak |  | --- |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego | Tak |  | --- |
|  | Czas reakcji (dotyczy także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =< 24 [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 – 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 |  | --- |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca 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 |  | --- |
|  |

**SZKOLENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Uwaga - należy przewidzieć podstawowe szkolenia w trakcie dostawy i instalacji urządzenia oraz drugą serię szkoleń w trakcie uruchamiania pracowni (termin poda pisemnie Zamawiający z min. 2 tygodniowym wyprzedzeniem).Ponadto - obowiązek stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6  - ciu miesięcy po oddaniu pracowni do eksploatacji) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | Tak |  | --- |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min. 2 osoby dla szkolenia podstawowego oraz min. 10 osób w trakcie uruchamiania pracowni - z możliwością podziału i szkolenia w mniejszych podgrupach)  | Tak |  | --- |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego (min. 2 osoby dla wszystkich etapów szkoleń) z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, naprawczych i przeglądowych  | Tak |  | --- |
|  | Szkolenia dla informatyków (min. 1 osoba dla wszystkich etapów szkoleń) z zakresu podstawowej konfiguracji i diagnostyki elementów komunikacji sieciowej  | Tak |  | --- |

**Dokumentacja**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza) – dotyczy także urządzeń peryferyjnych | Tak |  | --- |
|  | W cenie urządzenia znajduje się 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 (np. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują) | Tak |  | --- |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów aparatów. | 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 |  | --- |