**Część 13**

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Fotel ginekologiczny z podnóżkiem – 4 szt.**

**Tabela wyceny:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot:  **Fotel ginekologiczny z podnóżkiem** | | | **Cena brutto (w zł)** |
| **A:** Cena brutto sprzętu wraz z dostawą | Ilość sztuk sprzętu: | Cena jednostkowa brutto wraz z dostawą (zł): |  |
| **4** |  |
| **B:** Cena brutto instalacji i uruchomienia sprzętu | | |  |
| **C:** Cena brutto szkoleń | | |  |
| **A+B+C:** Cena brutto oferty | | |  |

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 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, etc. 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.

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

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

Rok produkcji (min. 2019): …..............

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

**Parametry techniczne i eksploatacyjne**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany/ wartość** | **Parametr oferowany** | **OCENA PKT.** |
|  | Fotel do pozycjonowania pacjentki do procedur ginekologicznych | TAK, podać |  | - - - |
|  | Siedzisko, sekcja pleców oraz sekcja głowy wyłożone wygodnym materacem w ergonomicznym kształcie. Materace klejone lub bezszwowe | TAK, podać |  | - - - |
|  | Materace z możliwością wymiany całych paneli. | TAK/NIE, podać |  | TAK - 5 pkt.;  NIE - 0 pkt. |
|  | Regulacja wysokości, pochylenia fotela oraz pochylenia sekcji pleców za pomocą siłowników elektrycznych | TAK, podać |  | - - - |
|  | Podstawa fotela umożliwiająca stabilną pracę o wymiarach 1100 x 600 mm ±200mm | TAK, podać |  | - - - |
|  | Szerokość siedziska: min. 550 mm | TAK, podać |  | - - - |
|  | Maksymalne bezpieczne obciążenie fotela min. 230kg | TAK, podać |  | 210 – 230 kg – 0 pkt.;  >230 kg – 4 pkt. |
|  | Powierzchnia materacy łatwa w czyszczeniu, dostępne min. 5 kolorów. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Możliwość szybkiej zmiany pozycji fotela przy pomocy panelu nożnego lub sterownika ręcznego | TAK, podać |  | - - - |
|  | Zapamiętanie minimum 2 pozycji fotela aktywowanych za pomocą panelu nożnego lub sterownika ręcznego | TAK, podać |  | - - - |
|  | Łagodny start oraz ergonomiczne ruchy fotela podczas zmiany pozycji | TAK, podać |  | - - - |
|  | Regulacja wysokości siedziska w zakresie min. 600 - 950 mm | TAK, podać |  | Zakres wymagany – 0 pkt.;  Zakres większy niż wymagany – 3 pkt. |
|  | Najniższa pozycja siedziska max. 600mm | TAK, podać |  | - - - |
|  | Elektryczne ustawienie pozycji Trendelenburga | TAK, podać |  | - - - |
|  | Nożny panel sterujący obsługujący wszystkie funkcje fotela | TAK, podać |  | - - - |
|  | Mocowanie rolki z prześcieradłem jednorazowym pod pokrywą sekcji pleców | TAK, podać |  | - - - |
|  | Podpory pod nogi pacjentki typu Goepel mocowane do szyn wzdłuż sekcji siedziska lub w gniazdach | TAK, podać |  | - - - |
|  | Wysuwana spod siedziska sekcja nóg umożliwiająca otrzymanie pozycji horyzontalnej – dla 2 szt. foteli | TAK/NIE, podać |  | TAK - 15 pkt.;  NIE - 0 pkt. |
|  | Miska ze stali nierdzewnej pod siedziskiem, wysuwana | TAK, podać |  | - - - |
|  | Podgłówek dla pacjentki montowany bez użycia rzepów | TAK, podać |  | - - - |
|  | Waga netto fotela bez akcesoriów max. 150 kg | TAK, podać |  | - - - |
|  | Fotel wyposażony w koła z centralna blokadą | TAK, podać |  | - - - |
|  | Koła niewystające poza podstawę fotela | TAK/NIE, podać |  | TAK – 3 pkt.;  NIE – 0 pkt. |
|  | Wyposażenie dla 4 szt. foteli:  - podpórka pod stopy – 2 komplety  - podpórki typu Goepla– 2 komplety  - osłona na podpórki pod ręce – 4 komplety  - podpórka pod głowę – 4 szt.  - osłony na podpórki stóp – 4 komplety  - miska ze stali nierdzewnej – 4 szt.  - podpórka na nogi lekarza– 4 szt.  - wysuwana sekcja nóg - do pozycji horyzontalnej dla 2 szt. foteli | TAK, podać |  | - - - |

**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 okres 5 lat (60 miesięcy)****.* | => 24 |  | Najdłuższy okres – 30 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** |  |  |  |
|  | 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 |  | TAK – 3 pkt.;  NIE – 0 pkt. |
|  | 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 (np. przez posiadanie odpowiedniej struktury inżynierów serwisowych) lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji (np. przez posiadanie umowy z jednostkami realizującymi usługi serwisowe) – 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** | TAK |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min. 10 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. 2 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 |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu informatycznego umożliwiania zdalnej diagnostyki, wymagań konferencyjnych, wpięcia urządzenia w system gromadzenia dokumentacji medycznej szpitala, diagnostyki i konfiguracji (min. 2 osoby) | 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 |  | - - - |