OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przeznaczenie : NSSU – całość Liczba szt.: 92

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:** | | | | |
| Przedmiot | | Liczba sztuk | Cena jednostkowa brutto (w zł) | Cena brutto (w zł) |
| 1. | fotele do dializ | 92 |  |  |
|  |  | |  |  |
|  | **A:** Razem cena brutto wszystkich pozycji (w zł) | | |  |
|  | **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.** | | | | | | |
| Przedmiot | | Zakładany czas | Cena brutto miesięcznego przechowywania 1 szt. sprzętu (w zł) | Cena brutto przechowywania 1 szt. sprzętu przez zakładany czas (w zł): | Liczba sztuk | Cena brutto przechowywania wskazanej ilości sprzętu przez zakładany czas (w zł): |
| 1. | fotele do dializ | 14 m-cy |  |  | 92 |  |
|  |  | |  |  |  |  |
|  | **D:** Cena brutto przechowywania łącznej liczby sztuk sprzętu w magazynie Wykonawcy przez zakładany czas (w zł): | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |  | --- |
|  | Fotel Multi-funkcjonalny przeznaczony do przeprowadzania dializ z elektryczną regulacją wysokości, nachylenia segmentu pleców, nachylenia segmentu siedziska, nachylenia segmentu nożnego, nachylenia Trendelenburga | TAK |  | - - - |
|  | Długość leża: 2130 mm (± 200 mm) Szerokość leża 600 mm (± 65 ~~50~~ mm) | TAK, podać |  | - - - |
|  | Przewodowy pilot służący do regulacji:  Wysokości,  Kąt nachylenia segmentu pleców,  Kąt nachylenia siedziska,  Kąt nachylenia segmentu nóg,  Funkcja antyszokowa/Trendelenburga uzyskiwana za pomocą jednego przycisku,  Pozycja fotelowa  Pilot zabezpieczony przed przypadkowym uruchomieniem lub Pilot bez zabezpieczeń przed uruchomieniem. W przypadku zagubienia klucza zabezpieczającego brak możliwości użycia pilota. | TAK |  | Funkcja antyszokowa/Trendelenburga uzyskiwana za pomocą jednego przycisku - 5 pkt. Pozostałe – 0 pkt.  Pozycja fotelowa uzyskiwana za pomocą jednego przycisku - 5 pkt. Pozostałe – 0 pkt. |
|  | Pozycja antyszokowa rozumiana jako jednoczesne poziomowanie segmentów oraz wykonanie przechyłu Trendelenburga | TAK |  | - - - |
|  | Regulacja wysokości siedziska w zakresie: min. 560 ~~500~~ mm do 700 ~~750~~ mm uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym | TAK, podać |  | Największy zakres regulacji 10 pkt. Pozostałe 0 pkt. |
|  | Regulacja nachylenia oparcia pleców w zakresie: – 17 0 (± 5 0) do + 70 ° (± 16 ~~5~~ 0) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym | TAK, podać |  | - - - |
|  | Regulacja segmentu siedziska w zakresie: 0d 0 0 do + 30 0 (± 17 ~~5~~ 0) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym | TAK, podać |  | - - - |
|  | Regulacja segmentu nożnego w zakresie: – 50 0 (± 25 ~~5~~ 0) do min. 0 0 uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem ręcznym | TAK, podać |  | - - - |
|  | Regulacja przechyłu Trendelenburga dokonywana jednym wyraźnie oznakowanym przyciskiem (np. kolorem czerwonym lub czytelnym piktogramem) : 17 0 (± 5 0) lub 27° uzyskiwana za pomocą siłowników elektrycznych sterowanych pilotem ręcznym | TAK, podać |  | - - - |
|  | Fotel przejezdny, koła z systemem hamowania. Podwójne koła tworzywowe o średnicy min. 75 ~~100~~ mm | TAK, podać |  | - - - |
|  | Bezszwowa tapicerka wykonana ze skaju. Możliwość wyboru koloru tapicerki, min. 4 propozycje (podać)  Segment nożny i siedziska tapicerowany jednoczęściowym pokryciem lub Segment nożny tapicerowany jednoczęściowym pokryciem. | TAK, podać |  | - - - |
|  | Fotel wyposażony w dwa podrączki/podłokietniki zdejmowane z regulacją kąta nachylenia za pomocą sprężyn gazowych oraz kąta odchylenia w stosunku do fotela. Dopuszcza się podłokietniki całkowicie odchylane do wysokości oparcia pleców | TAK |  | - - - |
|  | Konstrukcja fotela kolumnowa umożliwiająca skuteczną dezynfekcję i zapobieganie zakażeniom szpitalnym, Leże oparte na pojedynczej, prostopadłościennej kolumnie  ~~Tylna część segmentu osłonięta tworzywową pokrywą o gładkich powierzchniach.~~ | Podać |  | Podstawa fotela bez widocznych, odkrytych siłowników, przewodów, brak tworzywowej osłony – 10 pkt |
|  | Możliwość ułożenia pacjenta w pozycji horyzontalnej – wykorzystanie fotela jako łóżko do krótkiego pobytu | TAK |  | - - - |
|  | Wyposażenie:   * Podgłówek z regulacją wysokości i położenia na fotelu, * Uchwyt do prowadzenia fotela w postaci pojedynczej metalowej, lakierowanej rury, zlokalizowany przy segmencie pleców, * Segment nóg wyposażony w podnóżek z regulacją jego położenia w zależności od wzrostu pacjenta – blokada podnóżka zwalniana dźwignią lub elementami (pokrętłami) dociskowymi przy siedzisku lub segmencie oparcia nóg przez pacjenta i personel lub za pomocą pilota , * Podłokietniki posiadające metalowe uchwytyl ub uchwyty na rzep lub opaski na pilot przewodowy, | TAK |  | - - - |
|  | SZAFKA PRZYŁÓŻKOWA Z BL. BOCZNYM | Tak |  | --- |
|  | Wersja dwustronna, szafka i szuflada może zostać otwarta z obu stronach, otwarta komora lub/bądź szuflada dostępna z obu stron. | Tak |  | --- |
|  | Szafka wykonana z wytrzymałych materiałów takich jak np. litego laminatu, elementów stalowych i aluminium | Tak, podać |  | --- |
|  | Uchwyty metalowe | Podać |  | Uchwyty metalowe tak 10 pkt, nie- 0pkt. |
|  | 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, min. dwa z hamulcami. Rozmiar kół min. 50mm. | podać |  | 1 Hamulec centralny – Tak 5 pkt. Nie 0 pkt. |
|  | Wymiary szafki: |  |  | --- |
|  | wysokość 90 cm (+/- 6 ~~5~~cm) | Tak, podać |  | --- |
|  | szerokość 62 cm lub 51 cm (+/-5cm) | Tak, podać |  | --- |
|  | głębokość 42,5cm lub 48,5cm (+/- 5cm) | Tak, podać |  | --- |
|  | Szafka dopasowana kolorystycznie do egzemplarza fotela ~~łóżka~~ z którym będzie wspólnie zainstalowana. | 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 |  | - - - |